

RAPPORT D'ÉVALUATION

**Evaluation des plans globaux de l'aide humanitaire
financée par ECHO au Tadjikistan**

Document de synthèse

**Evaluation réalisée à la demande de l'Office Humanitaire de la
Communauté Européenne**

ECHO-UE-Bruxelles

Mission d'évaluation réalisée du 20/01/2000 au 06/03/2000

Contrat : ECHO/TJK/215/1999/01027B

Rapport rédigé par Pierre-Yves Lambert

Le 23 mars 2000

Nous tenons à remercier Janny Bosscher, correspondante d'ECHO, ainsi que toute l'équipe locale d'ECHO au Tadjikistan pour leur soutien permanent dans l'organisation de cette mission. Nous y associons les équipes d'ECHO 5 (unité évaluation) et d'ECHO 2 (unité géographique). Nous remercions plus particulièrement Didier Merckx pour ses critiques constructives. Il est évident que cette mission aurait été impossible sans la collaboration active de tous les partenaires d'ECHO, nous les en remercions vivement.

Le présent document ne peut être considéré comme une prise de position officielle de la Commission de l'Union Européenne. Les analyses développées n'engagent que la responsabilité de leur auteur.

TABLE DES MATIERES

ACRONYMES	VI
CARTE GEOGRAPHIQUE DU TADJIKISTAN	VII
RESUME	i
1. PLANS GLOBAUX EVALUES	i
2. DESCRIPTION DE L'EVALUATION ET METHODOLOGIE	i
3. PRINCIPAUX CONSTATS	i
4 RECOMMANDATIONS	ii
4.1. AIDE ALIMENTAIRE.....	ii
4.2. SERVICES DE SANTE	iii
4.3. EAU ET ASSAINISSEMENT DU MILIEU.....	iv
15. LEÇONS A TIRER	iv

EVALUATION

1. PLANS GLOBAUX EVALUES	1
2. DESCRIPTION DE L'EVALUATION ET METHODOLOGIE	1
3. CONTEXTE, SITUATION ECONOMIQUE ET POLITIQUE	2
4. AIDE FINANCEE PAR ECHO	2
4.1. DE 1992 A 1999.....	2
4.1.1 Aide alimentaire.....	2
4.1.2 Aide aux services de santé	3
5. PERTINENCE	3
5.1. ANALYSE DES PROBLEMES ET DES BESOINS	3
5.1.1 Besoins alimentaires	3
5.1.2 Problèmes nutritionnels et de santé	3
5.1.3 Problèmes du système de santé	4
5.2. OBJECTIFS DU PLAN GLOBAL 1999	4
5.3. BENEFICIAIRES.....	5
5.3.1 Aide alimentaire.....	5
5.3.2 Aide aux services de santé	5
5.4. STRATEGIE.....	6
5.4.1 Aide alimentaire.....	6
5.4.2 Aide aux services de santé	6
5.4.3 Eau et assainissement du milieu.....	7

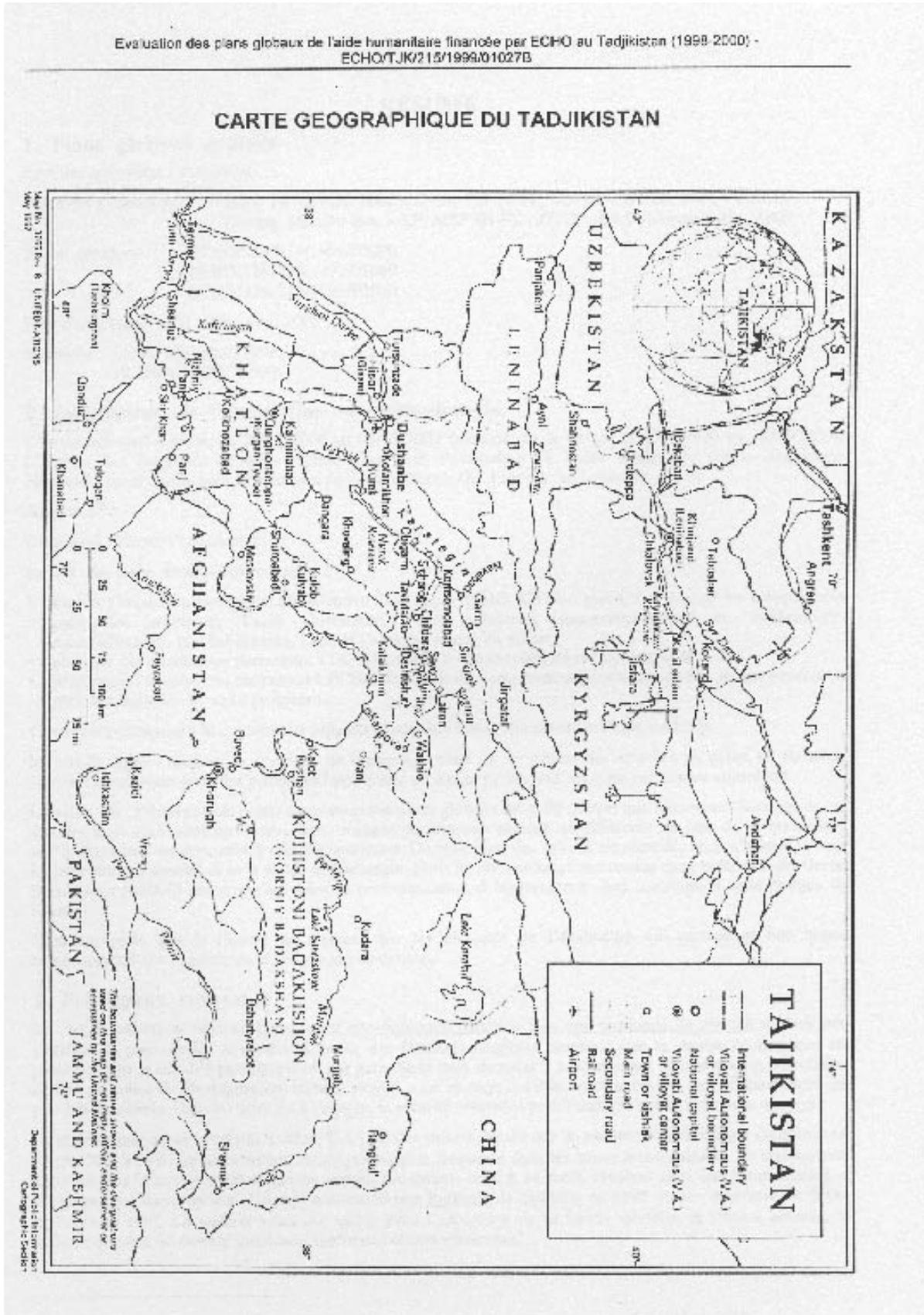
5.5. CONCLUSION	8
5. COORDINATION ET COHERENCE	8
5.1. AUTORITES NATIONALES ET LOCALES	8
5.2. BAILLEURS DE FONDS	8
6. EFFICACITE	9
6.1. AIDE ALIMENTAIRE	9
6.2. SERVICES DE SANTE	9
6.3. EAU ET ASSAINISSEMENT DU MILIEU	9
7. COUT-EFFICACITE	10
7.1. AIDE ALIMENTAIRE	10
7.2. SERVICES DE SANTE	10
7.2. EAU ET ASSAINISSEMENT DU MILIEU	10
8. EFFICIENCE	10
8.1. AIDE ALIMENTAIRE	11
8.2. SERVICES DE SANTE	11
8.2. EAU ET ASSAINISSEMENT DU MILIEU	12
8.3. COORDINATION	12
9. IMPACT	12
10. VIABILITE	13
11. VISIBILITE	13
12. QUESTIONS TRANSVERSALES	13
12.1. GENRE	13
12.2. LRRD	13
12.3. DROITS DE L'HOMME	13
12.4. SECURITE DU PERSONNEL HUMANITAIRE	13
13. CONCLUSION	13
13.1. AIDE ALIMENTAIRE	13
13.2. AIDE MEDICALE	14
14. RECOMMANDATIONS	14
14.1. AIDE ALIMENTAIRE	14
14.1.1 Distribution d'une aide alimentaire gratuite	15
14.1.2 Travail-contre-nourriture et programmes de sécurité alimentaire	15
14.2. SERVICES DE SANTE	15
14.2.1 Appui à la réforme du système de santé	16
14.2.2 Réhabilitation	16
14.2.3 District pilote	16
14.2.4 En dehors du district pilote	16
14.3. EAU ET ASSAINISSEMENT DU MILIEU	17
15. LEÇONS A TIRER	17
ANNEXE 1 : CALENDRIER DES REUNIONS ET DES VISITES	1

ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	5
ANNEXE 3 - DISTRIBUTION DES MONTANTS (TABLEAUX 1 A 3)	6
ANNEXE 5 - TERMES DE REFERENCE	9

Acronymes

AAH-UK	Action Against Hunger (Action Contre la Faim - Grande Bretagne)
ACTED	Agence pour la Coopération Technique Et le Développement
ADB	Asian Development Bank
AIHA	American International Health Alliance
AKDN	Aga Khan Developmental Network
AKF	Aga Khan Foundation
APW	Agreement Performance of Work
AT	Accoucheuse traditionnelle
CAD	Children's Aid Direct
CDH	Central District Hospital, Hôpital central de district
FAP	Feldsher Ambulatory Point, actuellement Medical House ou maison de santé
FAP	Medical house, health house
GBAO	Gorno Badakhshan Autonome Oblast
IDH	Indice de Développement Humain
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
MCH	Mother and Child Health ou SMI : Santé materno-infantile
Medical House	Maison de santé, anciennement nommé : Feldsher Ambulatory Point - FAP,
MERLIN	Medical Emergency Relief International
MoF	Ministry of Finance, Ministère des finances
MoH	Ministry of Health, Ministère de la santé
MSF	Médecins sans Frontières
MSF-H	Médecins sans Frontières - Hollande
MST	Maladie sexuellement transmissible
NRC	Netherland Red Cross, Croix Rouge Hollandaise
Oblast	Région
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMS - EURO	Organisation Mondiale de la Santé, Bureau pour l'Europe
OPD	Rural physician outpatients department, Département de médecine ambulatoire rurale
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PHC	Primary Health Care
PSF	Pharmaciens sans Frontière
RRS	Raions (=districts) under republican subordination
SDC	Swiss Agency for Development and Co-operation
SES	Sanitary Epidemiological Station, Station sanitaire et épidémiologique
SMI	Santé materno-infantile
STD	Sexually Transmitted Disease, ou MST : Maladie sexuellement transmissible
SUB	Village Hospital, hôpital de village
SVA	Rural medical centre, rural health centre
TASIF	Tajik Social Investment Fund
TBAs	Traditional Birth Attendants ou AT : Accoucheuses traditionnelles, ou Diahs dans la langue locale
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNOPS	United Nations Office for Project Services
USAID	United States Agency for International Development
WB	The World Bank
WHO	World Health Organisation
WHO-EURO	World Health Organisation - Regional Office for Europe
WHO-LO	World Health Organisation - Liaison Office

CARTE GEOGRAPHIQUE DU TADJIKISTAN



RESUME

1. Plans globaux évalués

Pays des opérations : Tadjikistan

Noms des partenaires : IFRC (IFRC-CH, NRC), GAA, UN (WFP, UNOPS, WHO), PSF, MERLIN, Caritas, Mission Ost, AKF, MSF (H-F), ACTED, CAD, Mercy Corps, AAH

N° des décisions : ECHO/TJK/215/1998/03000
ECHO/TJK/215/1999/01000
ECHO/TJK/215/1999/02000

Période couverte : avril 1998 - avril 2000

Montants : 14,900 MEURO (1998)
18,830 MEURO (1999)

2. Description de l'évaluation et méthodologie

L'évaluation s'est déroulée du 20/01/2000 au 06/03/2000 (mission sur le terrain du 22/01/000 au 15/02/2000). L'équipe était composée de deux experts, l'un pour l'évaluation de l'aide alimentaire (Mme Annemarie Hoogendoorn) et l'autre pour l'évaluation de l'aide médicale (M. Pierre-Yves Lambert).

Rapport N° :

Consultant : Pierre-Yves Lambert

Le **but de cette évaluation** consiste à :

- évaluer l'impact du plan global actuellement financé par ECHO. Ce plan global comprenait les composantes principales suivantes : l'aide alimentaire, l'aide médicale (approvisionnement en médicaments essentiellement), la réhabilitation, l'eau et l'assainissement du milieu.
- proposer des orientations permettant à ECHO de définir une stratégie de retrait progressif ;
- proposer des orientations permettant à ECHO de définir les composantes prioritaires de son action pendant la période transitoire de retrait progressif.

Ce rapport correspond à la synthèse des rapports concernant l'aide alimentaire et l'aide médicale.

Méthodologie : analyse de dossiers, de rapports, visites sur le terrain des activités en cours et réalisées, réunions et entrevues avec des personnes impliquées, un atelier participatif organisé par chaque consultant.

Limites de l'évaluation : cette évaluation des plans globaux 98 et 99 couvre non seulement l'analyse de ces derniers, mais également les interventions menées par dix-sept partenaires différents ; le laps de temps imparti aux évaluateurs s'est donc révélé relativement court. De plus, pour des raisons de sécurité, nous n'avons pu voir les interventions menées dans la vallée de Karategin. Nous ne nous sommes pas rendus dans la Région du Gorno Badakhshan (GBO) parce que les voies de communication et les transports sont incertains à cette époque de l'année.

Signalons enfin que ce résumé ne reprend que les éléments de l'évaluation qui permettent une bonne compréhension des conclusions et des recommandations.

3. Principaux constats

Le Tadjikistan est un pays en transition d'une économie planifiée vers une économie de marché et dans une situation de post-conflit. A l'heure actuelle, des éléments tangibles montrent que la reprise économique est possible, mais la stabilité politique n'est pas garantie et peut menacer à tout moment cette embellie potentielle. Malgré un indice de développement humain moyen, c'est un pays qui dispose d'un revenu par habitant parmi les plus bas au monde. Dans la vallée de Karategin, la sécurité reste plus problématique que dans le reste du pays.

La malnutrition aiguë (wasting) touche 7% à 15% des enfants, tandis que la malnutrition chronique (stunting) en touche 30% à 50%. La malnutrition chronique est plus fréquente dans les zones montagneuses. La malnutrition aiguë est plus fréquente en été et touche surtout les enfants de 6 à 24 mois, révélant ainsi que l'alimentation et l'hygiène sont inappropriées. Le pays a présenté une épidémie de diphtérie en 1995 et une épidémie de fièvre

typhoïde en 1997. La malaria a fait son retour avec l'apparition de sa forme mortelle. A l'heure actuelle, le système de santé est devenu inefficace, inefficent et sans ressources¹.

L'ensemble des interventions répond à des demandes prioritaires de la population. Toutes les actions mises en oeuvre sont donc pertinentes dans la mesure où les objectifs répondent à des problèmes prioritaires parmi les problèmes identifiés. Néanmoins, les projets de sécurité alimentaire sont trop marginaux par rapport aux activités de distribution d'aide alimentaire gratuite. La sélection des bénéficiaires de l'aide alimentaire gratuite n'est pas assez stricte et ne touche pas nécessairement les plus vulnérables, le nombre de rations par ménage est souvent trop élevé, ainsi que le nombre de distributions réalisé par an. Si dans son ensemble, le plan global concernant les services de santé est pertinent, il y a cependant un hiatus entre l'approche opérationnelle et l'approche structurelle. La première consiste en effet à assister l'ensemble du système en ne questionnant pas suffisamment ses différentes composantes à la lumière du district sanitaire, tandis que la seconde remet fondamentalement le système en question et se base essentiellement sur la mise en oeuvre de l'approche du district sanitaire. Selon cette approche, la distribution de médicaments concerne ainsi un trop grand nombre de structures.

D'une manière générale, les objectifs prévus ont été atteints. Si le coût efficacité et l'efficience des plans globaux sont acceptables, ils peuvent être améliorés en diminuant le nombre de bénéficiaires directs tant dans les programmes d'aide alimentaire que ceux de santé.

Conclusion

ECHO ne peut plus assumer seul la présence de la CE au Tadjikistan, la plupart des besoins relèvent de l'aide au développement et à la démocratisation du pays. L'urgence, dans ce pays, c'est le développement bien que la présence d'ECHO se justifie encore pleinement.

4 Recommandations

Dans la mise en oeuvre des activités routinières, l'approche doit être de développement. Cependant, vu la précarité de la situation (politique et géographique : zone d'inondations, de tremblements de terre, etc.), les partenaires doivent absolument disposer d'une capacité de réaction immédiate. Ceci est d'autant plus impératif que l'autorité nationale n'est pas encore capable de mobiliser efficacement des ressources en urgence à tous les échelons.

En ce qui concerne les activités de soutien aux services de santé, la recherche d'un relais avec des financements garantis sur plusieurs années et des partenaires plus spécialisés dans la gestion du district sanitaire doit être impérativement entreprise afin de permettre un soutien plus efficace de la réforme du système de santé. L'intérêt des bailleurs de fonds pour un tel projet doit être suscité. Les partenaires actuels doivent impérativement chercher plusieurs bailleurs de fonds pour leurs projets au Tadjikistan. Nous pensons qu'il est pernicieux de dépendre exclusivement d'ECHO pour continuer les interventions au Tadjikistan.

ECHO est invité à encourager le cofinancement des interventions. Il serait utile de démarrer cette approche dès maintenant. En effet, nous pensons que lors de la discussion des contrats de cette année, ECHO ne devrait financer que 80% du montant des interventions, mais sans obligation contraignante. Par contre, lors de l'élaboration du plan global 2001, il faut qu'ECHO ne finance plus que 60% du montant réel des interventions et cela de manière contraignante. Il est clair que ces mesures concernent les activités routinières et ne concernent en aucun cas, les interventions qui seraient justifiées par un nouvel événement "catastrophique".

4.1. Aide alimentaire

Aide alimentaire gratuite

- Comme dans un futur proche, le gouvernement du Tadjikistan ne fournira aucun type d'allocation sociale, la fourniture d'une aide alimentaire gratuite aux ménages les plus pauvres et les plus démunis se justifie encore. De toute façon, il devra quand même y avoir une réduction substantielle de l'aide alimentaire gratuite. Au cours des deux prochaines années, les programmes de sécurité alimentaires, incluant "le travail contre de la nourriture", devront être étendus rapidement afin de favoriser l'auto-suffisance de la plupart des ménages qui ont reçu jusqu'à présent une aide alimentaire gratuite.
- Il est nécessaire d'établir des critères plus restrictifs quant à la distribution d'une aide alimentaire gratuite. Il faudrait cibler davantage les retraités isolés, les familles vivant en zones urbaines et sans revenus (without breadwinners) et les familles sans revenus et sans accès à un potager (au moins 0.1 ha) dans les zones

¹ En 1990, l'Etat consacrait annuellement 192 US\$ par personne pour la santé, contre 2,5 US\$ en 1998

rurales. Il faut également prendre en considération les ménages dans le besoin, mais qui n'entrent pas dans ces catégories spécifiques.

- La sélection des bénéficiaires au niveau des "Kishlak" (village) ou des "makhala" (quartier) a plutôt bien fonctionné et pourrait aussi être adoptée par d'autres partenaires d'ECHO.
- Il est recommandé d'établir un système de monitoring de la l'état nutritionnel afin d'évaluer l'impact de la réduction de l'aide alimentaire.
- La ration alimentaire devrait être composée de 25 kg de farine de blé, 5 litres d'huile végétale and 1 kg de sel iodé. Afin de rendre le programme plus efficient, il devrait y avoir deux cycles de distribution par an. Ils devraient avoir lieu quand les denrées alimentaires dont dispose le ménage sont réduites, c'est-à-dire avant la moisson et au cours de l'hiver. Sur la base de deux distributions et de la ration alimentaire suggérée ci-dessus, 707 kCal et 15 g de protéines sont fournies par personne et par jour, au cours de toute l'année, pour un montant d'environ 25 à 30 EURO par personne et par an.
- Une ration devrait être fournie aux ménages unipersonnels et un maximum de deux (exceptionnellement trois) aux ménages plus étendus.
- On devrait tenter des expériences d'achats au niveau local ou régional (Kazakhstan).

Travail-contre-nourriture et programmes de sécurité alimentaire

- ECHO devrait s'orienter vers des programmes de sécurité alimentaire, par ex. à travers l'organisation d'une série d'ateliers stratégiques et techniques destinés aux partenaires du secteur alimentaire. Une autre suggestion serait qu'ECHO engage un consultant pour une période relativement courte afin qu'il puisse soutenir les partenaires et les agences impliquées au Tadjikistan, dans l'élaoration de leurs interventions en matière de sécurité alimentaire des ménages.
- ECHO doit continuer de se cibler uniquement sur les programmes destinés aux zones rurales.
- Pour des raisons de planification, il est nécessaire qu'ECHO définisse le nombre de ménages qui participeront aux projets de sécurité alimentaire. ECHO doit aussi fournir un cadre général dans lequel ces projets viendront s'inscrire.
- Les différentes organisations doivent bénéficier d'autonomie dans la sélection des activités spécifiquement liées à la sécurité alimentaire.
- La mission considère que la coordination d'ECHO doit être plus ferme au niveau du secteur alimentaire.

4.2. Services de santé

Appui à la réforme du système de santé

- A ce stade, il serait regrettable d'interrompre brutalement la collaboration avec l'OMS. Dans ce cadre, il faudrait donc encore financer l'OMS pour une année, mais pas plus longtemps. Serait-il possible, qu'à l'avenir, la DG IA finance cette activité, au moins partiellement?

Réhabilitation

- Les activités de réhabilitation ne seront pas pas continuées puisque la DG IA finance des activités de ce type à partir de cette année.

District pilote

- L'aide doit cadrer avec la réforme du système de santé et donc avec la notion de district sanitaire. Aucune ONG sur le terrain n'est spécialisée dans la gestion du district sanitaire. Toutefois, l'expérience accumulée dans le pays par les ONG présentes pourrait compenser ce handicap, pour autant qu'elles joignent leurs compétences respectives dans les mêmes districts.
- C'est dans le district pilote qu'il faudra commencer à identifier les personnes les plus vulnérables. Pour ce faire, une collaboration étroite avec les partenaires de l'aide alimentaire serait très utile. On ne pourra songer à la couverture d'un autre district selon cette approche que si les activités routinières concernant le premier sont garanties. Cette stratégie pourra peut-être paraître minimaliste, mais c'est la seule réaliste dans l'état actuel des choses.
- Sans entrer dans une approche de recouvrement des coûts du système de santé, il est impératif d'amorcer des démarches en faveur de la transparence des coûts des soins.

En dehors du district pilote

Médicaments

- La distribution de médicaments en dehors du district pilote doit aider à la réforme du système de santé en respectant ses principes. Au niveau des services hospitaliers, seuls les hôpitaux de districts seront approvisionnés et la présence permanente d'un médecin local, qui se chargera de convaincre de l'utilité et de stimuler au quotidien le respect des protocoles thérapeutiques, sera encouragée. En ce qui concerne les services de soins de santé primaires, les SVA seront systématiquement prioritaires, le choix des FAB qui seront approvisionnés devra être justifié et bien documenté. Les hôpitaux "SUB" ne seront plus approvisionnés et seuls ceux qui seront transformés en SVA pourront être approvisionnés.
- Les partenaires doivent encourager et accélérer la réalisation du guide thérapeutique national.
- L'amélioration de la production de soluté doit être encouragée. ECHO pourrait financer partiellement de l'équipement à la condition que l'entreprise finance le solde, soit qu'elle contracte un prêt, soit qu'elle autofinance.

Formation

- Les nouvelles activités de formation doivent se concentrer au niveau du district pilote (santé materno-infantile, vaccination, diagnostic). Néanmoins, il faut assurer les activités de suivi des formations déjà entreprises ailleurs.

4.3. Eau et assainissement du milieu

- Dans le contexte actuel, les interventions concernant l'approvisionnement en eau menées par l'UNOPS sont les plus rentables tant pour la population bénéficiaire que pour ECHO. S'il ne fallait conserver qu'un type d'intervention (par exemple, dans le cas d'une stratégie de retrait brutal, mais pas total), notre choix se porterait sans hésiter sur ce type d'intervention.

15. Leçons à tirer

- Les programmes d'aide alimentaire gratuite sont coûteux mais appropriés quand il s'agit de soulager la souffrance des ménages les plus démunis et sans perspective d'accès à une alimentation de base en suffisance.
- Au Tadjikistan, le ciblage basé sur les communautés fonctionnent plutôt bien, mais uniquement quand cela est pratiqué au niveau le plus bas (village ou quartier).
- Bien qu'au bout du compte, la définition du cadre général d'un projet dépend du mandat d'ECHO, les organisations partenaires doivent être libres, dans une certaine limite, de redessiner leurs interventions en fonction de leurs propres compétences et perceptions.
- Le concept du district sanitaire est un outil aussi utile dans les programmes d'aide humanitaire que dans les programmes de développement. En utilisant le même instrument, le passage d'une aide à l'autre est plus aisé. Il est particulièrement utile dans les situations d'urgence où, dès les premiers instants, il apparaît clairement que l'aide humanitaire va devoir durer plusieurs années.
- Quand l'aide humanitaire fournit une part importante des médicaments utilisés dans le pays (ici 30%) et la totalité des médicaments dont la qualité est garantie, il n'est pas acceptable que l'aide humanitaire entretienne ces différences par des circuits complètement séparés.

EVALUATION

1. Plans globaux évalués

Pays des opérations : Tadjikistan

Noms des partenaires : IFRC (IFRC-CH, NRC), GAA, UN (WFP, UNOPS, WHO), PSF, MERLIN, Caritas, Mission Ost, AKF, MSF (H-F), ACTED, CAD, Mercy Corps, AAH

N° des décisions : ECHO/TJK/215/1998/03000
ECHO/TJK/215/1999/01000
ECHO/TJK/215/1999/02000

Période couverte : avril 1998 - avril 2000

Montants : 14,900 MEURO (1998)
18,830 MEURO (1999)

2. Description de l'évaluation et méthodologie

L'évaluation s'est déroulée du 20/01/2000 au 06/03/2000 (mission sur le terrain du 22/01/000 au 15/02/2000). L'équipe était composée de deux experts, l'un pour l'évaluation de l'aide alimentaire (Mme Annemarie Hoogendoorn) et l'autre pour l'évaluation de l'aide médicale (M. Pierre-Yves Lambert).

Rapport N° :

Consultant : Pierre-Yves Lambert

Le **but de cette évaluation** consiste à :

- évaluer l'impact du plan global actuellement financé par ECHO. Ce plan global comprenait les composantes principales suivantes : l'aide alimentaire, l'aide médicale (approvisionnement en médicaments essentiellement), la réhabilitation, l'eau et l'assainissement du milieu.
- proposer des orientations permettant à ECHO de définir une stratégie de retrait progressif ;
- proposer des orientations permettant à ECHO de définir les composantes prioritaires de son action pendant la période transitoire de retrait progressif.

Ce rapport correspond à la synthèse des rapports concernant l'aide alimentaire et l'aide médicale.

Méthodologie : L'évaluation a commencé par un « briefing » de deux jours (20 et 21 janvier 2000) au siège d'ECHO à Bruxelles. Une réunion s'y est tenue avec le personnel d'ECHO 2 et d'ECHO 5. Les dossiers de contrats d'opération 98 et 99, les plans globaux 98 et 99, ainsi que quelques documents de contexte y ont été étudiés. Des réunions ont eu lieu avec le personnel de la Délégation de la Commission Européenne à Almata à l'aller et au retour du Tadjikistan. L'équipe d'évaluation a visité le Tadjikistan du 23 janvier au 13 février 2000 (voir annexe 1 : calendrier des réunions et des visites et annexe 2 : liste des personnes rencontrées). Elle s'est rendue dans la région de Khatlon au sud (Kulyab, zones de Kurgan-Tube et Shartuz), dans la région de Leninabad au nord et dans les districts qui entourent la capitale Dushanbé. Elle a rencontré chaque partenaire d'ECHO dans leurs bureaux à Dushanbé et/ou sur le lieu de leurs activités. L'évaluateur de l'aide alimentaire a fait des visites à domicile auprès d'un échantillon de bénéficiaires. Les évaluateurs ont assisté à la plupart des activités mises en oeuvre. L'équipe d'évaluation a aussi rencontré des représentants des organisations des Nations Unies et des ONG non financées par ECHO. Chaque évaluateur a organisé un atelier participatif d'une demi-journée à Dushanbé. La mission d'évaluation a tenu une réunion de debriefing à Dushanbé le 11 février 2000 à laquelle ont assisté tous les partenaires d'ECHO. La réunion finale de debriefing a eu lieu à Bruxelles le 6 mars 2000 avec les responsables d'ECHO 2 et d'ECHO 5.

Limites de l'évaluation : cette évaluation des plans globaux 98 et 99 couvre non seulement l'analyse de ces derniers, mais également les interventions menées par dix-sept partenaires différents ; le laps de temps imparti aux évaluateurs s'est donc révélé relativement court. De plus, pour des raisons de sécurité, nous n'avons pu voir les interventions menées dans la vallée de Karategin. Nous ne nous sommes pas rendus dans la Région du Gorno Badakhshan (GBO) parce que les voies de communication et les transports sont incertains à cette époque de l'année.

3. Contexte, situation économique et politique

Depuis la déclaration d'indépendance en 1991, le Tadjikistan a dû faire face à une crise économique sévère aggravée par la guerre civile de 1992-1997.

Depuis l'accord de paix signé à Moscou en juin 1997 entre l'opposition Tadjik Unie (UTO) et le gouvernement, le processus de paix avance, même si la progression est lente et difficile. Les groupes militaires de l'UTO sont rentrés au Tadjikistan. Ils sont placés, sans soutien du gouvernement, dans des zones de rassemblement où les conditions de vies sont mauvaises. Les tensions s'atténuent mais n'ont pas disparu dans les zones de la vallée de Karategin, de Kofarnikhon et de Dushanbe. Néanmoins, si d'une manière générale les mesures de sécurité peuvent s'assouplir, la vigilance reste de mise sur l'ensemble du pays et surtout dans la région de Gahrm (vallée de Karategin) où la sécurité reste problématique.

Les activités de réinsertion des ex-combattants sont insuffisantes et n'ont pas d'objectifs à long terme. En effet, ils sont incorporés dans les activités de réhabilitation menées par l'UNOPS qui, par essence, sont limitées dans le temps. Cette solution est transitoire et ne résoud nullement le problème de leur réinsertion.

Après le résultat des élections présidentielles, critiquées et peu démocratiques, qui a permis la réélection du président Rahmonov, tout le monde attend celui des élections parlementaires prévues en février 2000. Une grande partie de l'opposition est en faveur d'un système politique plus démocratique. De plus, beaucoup d'autres partis politiques n'ont été créés que récemment et la plupart d'entre eux sont encore méconnus de la population. Les médias sont toujours sous le contrôle de l'Etat et craignent de s'impliquer dans le débat politique.

La relation avec l'Ouzbékistan est tendue depuis novembre 1998. La situation au Tadjikistan et dans les pays limitrophes est complexe et peu prévisible. Une reprise des confrontations, même militaires, est toujours possible.

Entre 1991 et 1996, le produit intérieur brut a chuté de 60 %. Le chômage est extrêmement élevé. Les salaires, les pensions et les autres contributions de la sécurité sociale sont bas (4,8 USD de salaire mensuel moyen dans les services de santé, avec un maximum de 10 USD). Ils sont payés irrégulièrement ou pas du tout. Avec un PNB/habitant PPA² de 930 USD en 1997, le Tadjikistan se situe parmi les pays les plus pauvres au monde malgré un IDH moyen (0,665). Selon la Banque Mondiale, 85% de la population peut être considérée comme pauvre. Néanmoins, la Banque Mondiale et le Fond Monétaire International considèrent que les éléments clés pour la croissance et la diminution de la pauvreté sont en place. Après une période de grande récession, la reprise économique pointe timidement le nez. En effet, le taux de croissance du PNB est à nouveau positif et se situait à 2,2% pour la période 1996-1997. Cependant, il est inquiétant de constater que le trafic de drogue prend de plus en plus d'importance et pourrait dépasser 30% de l'ensemble de l'économie nationale (explication partielle de l'évidence d'une économie souterraine présente dans le pays).

4. Aide financée par ECHO³

4.1. De 1992 à 1999

ECHO est présent au Tadjikistan depuis 1992 et le budget alloué à ce pays n'a cessé d'augmenter⁴.

4.1.1 Aide alimentaire

Face au déficit alimentaire chronique (voir point 5.1.1), à l'état nutritionnel préoccupant des enfants de moins de cinq ans (voir point 5.1.2) et à la pauvreté généralisée, ECHO a financé une aide alimentaire gratuite depuis 1993. Le plan global 1998 prévoit une aide alimentaire gratuite à environ 310.000 bénéficiaires et des activités de sécurité alimentaire ont commencé à petite échelle.

² PNB/habitant PPA = Produit national Brut par habitant selon la Parité du Pouvoir d'Achat

³ Voir annexe 3, tableaux 1, 2 et 3.

⁴ Budget d'ECHO en faveur du Tadjikistan en ECU/EURO par année :

1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
300.000	7.400.000	9.825.000	16.080.000	14.080.000	14.080.000	14.900.000	16.000.000*

* En 1999, il faut encore ajouter au montant de 16 Mio EURO, le montant de 2.83 Mio EURO provenant d'une allocation spéciale du budget TACIS en faveur de certains pays parmi les Nouveaux Etats Indépendants (NEI) les plus affectés par la crise financière en Russie.

4.1.2 Aide aux services de santé

Face à la situation de déliquescence du système de santé au Tadjikistan (voir point 5.1.3), l'aide humanitaire financée par ECHO a tenté de compenser partiellement la chute brutale des moyens disponibles. En l'occurrence, ECHO a financé l'approvisionnement des hôpitaux en médicaments de manière quasiment ininterrompue de 1992 à 1997. Si cet approvisionnement ne permet pas de rendre le système de santé plus efficient, il a cependant le mérite d'assurer le fonctionnement minimum des structures de santé aidées. Il ne peut malheureusement pas rétablir la confiance de la population dans son système de santé.

A partir de 1998, tenant compte des recommandations proposées par l'évaluation du secteur médical des plans globaux 1995-1996-1997 (évaluation réalisée en 1997), ECHO a continué de financer l'approvisionnement de médicaments aux hôpitaux⁵ et a commencé le financement de médicaments aux services de soins de santé primaire⁶, afin d'améliorer l'accessibilité aux soins de base d'une frange plus importante de la population. Parallèlement, elle a soutenu financièrement l'OMS dans l'élaboration du plan de réforme du système national de santé du Tadjikistan.

ECHO s'est donc adapté à l'évolution de la situation et, parallèlement à l'approvisionnement du pays en médicaments et à la réhabilitation de structures (approche opérationnelle), a soutenu les premières démarches relatives à la réforme du système de santé (approche structurelle), notamment en permettant l'élaboration du document de synthèse qui constituera le cadre légal de la mise en oeuvre effective de la réforme.

5. Pertinence

5.1. Analyse des problèmes et des besoins

5.1.1 Besoins alimentaires

L'agriculture est le secteur le plus important de l'économie du Tadjikistan. Le coton et le blé en sont les principales productions. Les régions agricoles se situent dans les plaines irriguées de Khatlon au sud et de Leninabad au nord. Les vallées du RRS et GBAO conviennent pour la production de grains, de légumes, de fruits et de noix, mais la terre arable manque et le marché offre peu de débouchés.

Les besoins nationaux en blé sont estimés à environ 750.000 Mt de grain. La demande en blé est grande puisque le pain est l'aliment de base. L'utilisation préférentielle du sol pour la culture du coton, dont la production est la pierre angulaire de toute l'économie du Tadjikistan⁷, limite la production de blé dont le déficit moyen au cours des cinq dernières années était de 300.000 MT par an. Néanmoins, les importations de nourriture en provenance du Kazakhstan et du Kirghizistan (estimées à 200.000 MT à 300.000 MT par an) et l'aide alimentaire ont comblé ce déficit.

5.1.2 Problèmes nutritionnels et de santé

Les enquêtes nutritionnelles réalisées au cours des cinq dernières années montrent que les taux de malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans se sont stabilisés à des niveaux élevés. En effet, la **malnutrition aiguë** (wasting) y est rencontrée dans 7% à 15% des cas, tandis que la **malnutrition chronique** (stunting) touche 30% à 50% des enfants. L'état nutritionnel varie considérablement entre les régions et les saisons. La malnutrition chronique est plus fréquente dans les zones montagneuses. La malnutrition aiguë est plus fréquente en été. Elle touche surtout les enfants de 6 à 24 mois, révélant ainsi un sevrage, une alimentation et une hygiène inappropriés.

La cause de l'épidémie de **diphtérie** en 1995 provient de la mauvaise couverture vaccinale et est un excellent indicateur de la défaillance de l'ensemble du système de santé. L'épidémie de **fièvre typhoïde** de 1997, son endémie actuelle élevée ainsi que l'incidence élevée des maladies diarrhéiques mettent en évidence la problématique de la qualité de l'approvisionnement en eau et du traitement des eaux usées. Elle est aussi liée aux

⁵ Il est important de signaler qu'un programme « eau et assainissement du milieu » a commencé en 1995 et est toujours en cours actuellement. Si ce programme est toujours resté au second plan du point de vue financier par rapport au programme « médicaments », il n'en reste pas moins vrai qu'il est incontournable dans la mesure où les problèmes de santé prioritaires sont liés à la problématique de la qualité de l'eau et de l'environnement.

⁶ Dans cet ordre d'idée, des activités de réhabilitation centrées sur les structures de soins de santé primaire ont été entreprises à partir de 1998. L'UNOPS met en oeuvre ses interventions en tenant compte du concept du district sanitaire. En effet, les SVA en sont les principaux bénéficiaires et presque tous les hôpitaux concernés sont des hôpitaux de district.

⁷ Le coton est le principal produit d'exportation et la première source de devises du pays.

habitudes comportementales. La recrudescence de la **malaria** met en évidence la défaillance des systèmes d'assainissement du milieu.

L'analyse épidémiologique de ces maladies — mais également celle d'autres problèmes de santé moins aigus (mortalité infantile, mortalité maternelle) — souffre d'une mauvaise collecte des données et du peu de fiabilité de celles-ci quand elles sont collectées.

5.1.3 Problèmes du système de santé

Durant la période soviétique, le système de santé était efficace et accessible à la population, mais peu efficient et d'un mauvais rapport coût-efficacité (surdimensionnement des structures, pléthore de personnel, etc.). Aujourd'hui, suite à la crise économique et à la guerre civile, le système de santé est devenu inefficace, inefficient, peu accessible à la population et sans ressources (en 1990, l'Etat consacrait annuellement 192 US\$ par personne pour la santé, contre 2,5US\$ en 1998). Le système de santé tel qu'il fonctionnait durant l'ère soviétique n'étant plus de mise, sa réforme s'impose afin de le rendre plus efficient et plus efficace, tout en le rendant à nouveau accessible à la population. La réforme en cours dans le pays est coordonnée par l'OMS et basée sur le modèle théorique du district sanitaire⁸. Ce modèle n'est pas qu'un modèle théorique, c'est aussi et surtout un modèle basé sur les leçons apprises depuis plus de 50 ans dans le cadre des programmes de santé publique mis en place à travers le monde.

5.2. Objectifs du plan global 1999

Le plan global 1999 est de 16 Mio EUR et couvre la période juin 1999 à avril 2000 Ses objectifs principaux sont :

1. *Une assistance alimentaire en faveur des plus vulnérables, la poursuite de l'amélioration des mécanismes de sélection et la promotion de la sécurité alimentaire dans les zones rurales incluant des programmes de réhabilitation agricole.*
2. *Des activités de réhabilitation, de formation et la distribution de médicaments en faveur de certaines structures médicales, afin d'assurer que la population bénéficie des soins de santé de base. Un support à l'OMS en vue d'assister le Ministère de la Santé dans le développement d'une stratégie générale de santé et des réformes nécessaires.*
3. *Une attention particulière sur l'assainissement de l'eau ainsi que « capacity building » liée à la prévention et la capacité de réponse aux désastres.*

Dans ce plan global, le besoin d'orienter les activités dans le cadre du lien « Secours, Réhabilitation et Développement » est bien mis en évidence. Il y est tenu compte également du fait que de nouveaux problèmes ou des conflits armés peuvent encore surgir et par conséquent amener les intervenants à devoir réorienter leurs interventions.

⁸ Le modèle du district sanitaire prôné par l'OMS couvre une population de 100.000 habitants en moyenne.

- Il offre des services de **soins de santé primaire intégrés** (c'est-à-dire où tous les aspects de la politique de santé doivent être traités dans le même service) assurés par un seul niveau d'intervention soit celui du centre de santé (au Tadjikistan, il s'agit des SVA en milieu rural et des polycliniques en milieu urbain) qui offre des services curatifs (donc capacité de diagnostic et de traitement), préventifs (vaccination, suivi de l'évolution de la croissance des enfants dans lequel s'intègre la surveillance de la malnutrition, suivi particulier de maladies comme les diarrhées et les infections des voies respiratoires, contrôle prénatal, accouchements et contrôle post-natal) et promotionnels (éducation à la santé). Pour que ces services fonctionnent de manière optimale, il est recommandé de disposer d'un centre de santé pour 10.000 habitants soit 616 structures pour l'ensemble du pays (parmi les 2.322 structures de soins de santé primaires pour tout le pays, il y a 480 SVA, 75 polycliniques et 1630 FAB).
- Il offre des services de soins de santé secondaires dans un **hôpital général** (hôpital de district) 100 à 200 lits en moyenne (1 à 2 lits pour 1000 habitants) avec au moins un bloc opératoire fonctionnel, une maternité, un service de chirurgie, un service de pédiatrie et un service de médecine interne.
- Il se préoccupe de la dynamique entre le premier et le deuxième niveau, en l'occurrence la référence des patients du premier niveau au deuxième niveau et la contre-référence des patients du deuxième niveau au premier niveau, du transfert physique des patients, de la supervision et du monitoring des activités.

5.3. Bénéficiaires

5.3.1 Aide alimentaire

Suivant les recommandations de l'étude de Frekelton⁹ concernant la sécurité alimentaire des ménages au Tadjikistan, les partenaires d'ECHO ont introduit depuis 1997 des procédures de sélection des bénéficiaires basées sur l'implication des communautés. Néanmoins, ces méthodes ne sont pas sans problèmes. Par exemple, la ligne de démarcation entre les vrais vulnérables et ceux qui sont « justes un peu mieux » est difficile à tracer, la norme soviétique d'actions égales pour tout le monde prévaut encore et l'approche basée sur la communauté ne semble pas du tout appropriée dans les régions où cohabitent plusieurs groupes ethniques différents. Si les partenaires reconnaissent l'existence de ces problèmes, jusqu'à présent, ils n'y ont pas trouvé de solution satisfaisante. De plus, les approches diffèrent parmi les partenaires. En effet, le WFP a délégué la responsabilité de la sélection des bénéficiaires aux autorités locales au niveau du « jamoat » (groupe de villages), tandis que Mission Ost, IFRC/RCST et GAA ont choisi des niveaux plus proche de la population, soit le « kishlak » (village) ou « makhala » (voisinage), comme porte d'entrée. C'est au niveau le plus bas (donc le plus proche de la communauté) que le système fonctionne le mieux, car c'est à ce niveau que le sens de la communauté est le plus fort et que les réseaux de solidarité fonctionnent. Généralement, les partenaires d'ECHO font des contrôles avant et après la distribution. Ils visitent une sélection de ménages pour vérifier le niveau des besoins, ce qui permet d'éliminer des « faux positifs ». Un échantillon de 10% semble raisonnable, mais tous les partenaires d'ECHO ne le font pas. Un autre mécanisme de contrôle important est celui des réponses aux plaintes des ménages, qui se sentent faussement exclus (« faux négatifs »), par une visite à leur domicile.

L'approche spécifique et différenciée selon les régions est justifiée, puisque les conditions nutritionnelles varient selon les régions. Dans la région de Leninabad, GAA fournit la nourriture à 2% à 7% des ménages, tandis que Mission Ost et IFRC/RCST fournissent la nourriture à près de 15% de la population dans l'est de la région de Khatlon et dans la région RRS.

Les procédures d'identification devraient être aussi simples et transparentes que possible et devraient assurer l'inclusion des plus pauvres et de la plupart des ménages les plus nécessiteux en utilisant des critères de choix plus stricts. Tout le monde reconnaît qu'il faut se concentrer sur les personnes pensionnées qui vivent seuls, les familles sans « breadwinners » qui vivent dans les zones urbaines, et les familles sans « breadwinners » qui vivent dans les zones rurales mais qui n'ont pas accès à un potager d'au moins 0.1 ha. Il faut aussi disposer d'une marge de flexibilité afin de pouvoir inclure des ménages qui sont de manière évidente dans le besoin, mais qui n'entrent pas dans les catégories spécifiées.

5.3.2 Aide aux services de santé

Au niveau des bénéficiaires finaux, il faut remarquer qu'ils ne sont pas identifiés de façon systématique parce que la population entière est considérée comme vulnérable (effet de l'enquête de la Banque mondiale qui considère que 85% de la population vit en-dessous du seuil de pauvreté). Dans une telle situation, c'est parfaitement justifié. Néanmoins, même s'il a été démontré que la majorité des patients a pu avoir accès aux soins essentiellement grâce à la gratuité des médicaments fournis par l'aide humanitaire financée par ECHO, nous regrettons qu'aucun travail particulier d'identification des personnes les plus vulnérables dans la population n'a été entrepris jusqu'à présent. En effet, nous n'avons qu'une idée vague de la « taille du problème » quand il s'agit d'estimer le nombre et la qualité des personnes les moins favorisées qui n'ont pas la possibilité d'accéder aux services de santé.

Les critères de choix des bénéficiaires directs (c'est-à-dire les structures de santé, le personnel de santé qui participe aux formations, les villages qui auront droit à des pompes, etc.) sont clairs et même très sophistiqués. Mais, dans quelle mesure ces critères sont-ils systématiquement respectés ? Si les critères de choix semblent similaires parmi les différents partenaires et que chacun tient compte de la présence des autres partenaires, la prise de décision semble plutôt guidée par des intérêts propres que par le souci de garantir la cohérence entre les différentes approches.

⁹ Etude réalisée à la demande d'ECHO en 1997.

5.4. Stratégie

5.4.1 Aide alimentaire

Distribution alimentaire gratuite

L'analyse des rations distribuées montre des différences substantielles entre le type et la quantité de nourriture distribuée annuellement. Une ration habituelle consiste en farine de blé, riz, huile végétale et sel iodé. Le riz est l'article le plus cher, mais aussi le moins apprécié. Tenant compte des recommandations données dans l'étude de Freckleton en 1997, tous les partenaires ECHO, sauf le WFP, ont retiré le sucre de la ration. L'introduction de haricots ou d'autres légumineuses dans la ration a été tentée, mais en vain en raison de leur faible acceptation.

La plupart des partenaires d'ECHO achètent les denrées en Europe. Une comparaison des budgets montre que la farine de blé est fournie plus ou moins au même prix par toutes les agences, tandis que l'huile végétale présente des différences de prix considérables. Si l'achat local ou régional d'huile végétale et de farine de blé semble faisable, les expériences tentées antérieurement à ce propos n'ont pas toujours été positives.

Le mode de calcul du nombre de rations alimentaires pratiqué pour le moment et basé sur un mélange de nombre de ménages et de bénéficiaires est plutôt confus.

Il empêche les comparaisons entre les programmes des divers partenaires d'ECHO. Le ciblage individuel implicite des membres des ménages a continué. La distribution de rations à tous les membres de la famille dans le cas des grands ménages, conduit facilement à une concentration mal équilibrée de l'aide alimentaire.

Sécurité alimentaire

10% des budgets de l'aide alimentaire financée par ECHO peuvent être dédiés à la mise en oeuvre d'activités de sécurité alimentaire et, plus particulièrement, à des projets de production alimentaire et de projets qui génèrent des revenus. Comme il est plus compliqué de développer des activités de sécurité alimentaire dans les zones urbaines, elles ont été organisées dans les zones rurales. Néanmoins, leur démarrage a été assez lent et seuls quelques projets à petite échelle ont eu lieu.

La mission d'évaluation a visité plusieurs projets « nourriture contre travail » mis en oeuvre par le WFP et GAA. En général, les projets bénéficient à l'ensemble de la communauté (routes, ponts, eau, terres communales). Il est clair que le travail dans un projet de « nourriture contre travail » est attractif. En effet, le paiement est de 3 kg de farine de blé par jour de travail, ce qui correspond à 1 USD par jour. Si on compare ce salaire aux prix des marchés locaux et aux salaires officiels des fonctionnaires (de 7 USD à 30 USD par mois), il est très intéressant. De plus, ces projets offrent des emplois dans les zones reculées, et améliorent la disponibilité en farine de blé comme aliment de base. Les projets de « nourriture contre travail » ayant un lien direct avec l'agriculture, comme la réparation des systèmes d'irrigation et de drainage, ont par principe un effet plus direct et plus important sur la sécurité alimentaire des ménages. Cependant, comme l'expérience concernant les baux de location de terrains promue par le WFP dans la région de Khatlon l'a déjà montré, il faut s'attendre à ce que les autorités des kolkhozes reprennent ces terrains pour la production de coton dès qu'ils le pourront. Donc, pour assurer l'impact positif de ces programmes, la durée des baux de location des terrains devraient passer de 4 ans à 10 ans. Un autre type de programme de sécurité alimentaire consiste en la fourniture d'intrants agricoles. La fourniture de semences et d'engrais pour la mise en culture de potagers d'environ 0,1 ha nous semble raisonnable. Il serait intéressant de changer la distribution de semence de blé pour des semences de pomme de terre dans les projets de potager dans la mesure où la productivité de la pomme de terre est plus grande que celle du blé et que sa valeur marchande est plus élevée.

5.4.2 Aide aux services de santé

Médicaments

En 1999, l'approvisionnement en médicaments dans les services de santé a été assuré par des pharmacies privées pour 65,25%, par l'aide humanitaire (dont ECHO est de loin le plus gros bailleur de fonds) pour 27,25% et par l'Etat pour seulement 7,50%¹⁰. Donc, même si elle est très importante, l'aide humanitaire n'est pas la source principale d'approvisionnement en médicaments.

¹⁰ Source : Masterplan for development of the pharmaceutical sector, National Pharmaceutical Task Force Ministry of Health, World Health Organization, Tajikistan, December 1999.

Dans le plan global de 1999, 68% des intrants¹¹ sont constitués par des médicaments parmi les interventions considérées comme de l'aide médicale par ECHO.

Achat de médicaments

L'approvisionnement en médicament doit suivre le principe suivant : on doit se fournir le plus près possible du lieu de consommation, ce qui permet d'éviter une série de coûts. Le soutien de PSF à la production locale de soluté est à ce propos une excellente initiative. En important massivement et directement d'Europe occidentale, l'aide humanitaire garantit la qualité des médicaments distribués, mais retarde la mise en œuvre d'un système de contrôle efficace de l'importation de médicaments par la filière privée. De plus, elle ne stimule pas les producteurs et les réseaux de distribution existants à améliorer la qualité de leur production et de leurs services.

En fait, la question est de savoir si l'on veut une qualité garantie immédiatement, ou si l'on veut travailler pour garantir un approvisionnement futur de qualité.

Distribution de médicaments

La distribution de médicaments au niveau national est réalisable. Néanmoins, à la lumière du concept du district sanitaire, nous estimons qu'un trop grand nombre de structures sont assistées. En effet, parmi les 425 hôpitaux fonctionnels dans le pays, 290 (68%) reçoivent des médicaments financés par ECHO. Chiffres que nous devons comparer aux 61 hôpitaux qui devraient être idéalement en fonction au niveau des districts. En ce qui concerne, les services de soins de santé primaire, seules les régions de Kathlon, de Dushanbé et 6 districts dans la vallée de Karategin sont concernés. NRC et MSF approvisionnent 190 SVA et 660 FAB, soit 850 services, nombre qu'il faut comparer aux 610 services qu'il faudrait idéalement pour couvrir tout le pays. Selon la taille de l'ensemble la population (environ 3 millions d'habitants) résidant dans les régions où l'aide est prévue, 300 services de soins de santé primaires seulement devraient être approvisionnés.

Donc, l'aide humanitaire en médicaments financée par ECHO, telle qu'elle s'est déroulée jusqu'à présent, entretient le manque d'efficacité du système de santé du Tadjikistan.

Prescription rationnelle

Il est surprenant que les partenaires, qui sont principalement impliqués dans la distribution de médicaments, mettent l'objectif de changement d'attitude en faveur d'une prescription plus rationnelle des médicaments pratiquement sur le même pied que la distribution des médicaments elle-même. Si la couverture se fait à la même échelle que celle de l'approvisionnement en médicaments, cet objectif devient utopique et irréalisable.

Réhabilitation

Les services réhabilités sont principalement des SVA et ainsi que des hôpitaux de district. L'état des bâtiments justifie pleinement ce type d'intervention. Néanmoins, il faut toujours garder à l'esprit qu'un bâtiment ne fournira jamais un service. De plus, malgré les engagements préliminaires pris avec les autorités, l'entretien n'est pas garanti à 100% et les ressources pour le chauffage des locaux continuent à manquer.

Formation

La pertinence des activités de formation ne se discute pas. Mais qui dit formation, dit compétence et expérience, surtout si on fait de la formation de formateurs ou du moins si on encadre cette formation. De quelles ressources humaines dispose-t-on ? De manière générale, il s'agit d'un personnel relativement jeune et, même s'il est qualifié, il est peu expérimenté. CAD se distingue à ce propos car il a engagé une spécialiste de la formation de formateurs.

Appui à la réforme du système de santé

Cette activité est particulièrement pertinente dans le contexte actuel, où la population attend avec impatience des services de santé accessibles qui fonctionnent et résolvent leurs problèmes de santé.

5.4.3 Eau et assainissement du milieu

En matière d'approvisionnement en eau potable, deux des trois projets financés ont décidé d'avoir recours à des pompes à main. Si cette option est pertinente, la conception du type de pompe et le mode d'utilisation qui en

¹¹ Sont considérés comme intrants les postes budgétaires suivant : Personnel Local, Aliments, Intrants agricoles, Intrants santé, Produits de secours de base, Abris temporaires, Eau et assainissement, Réhabilitation d'urgence, Coûts de distribution, Formation, Autres services. Le pourcentage de 68% correspond au rapport du total des montants alloués au poste « Intrants santé » sur le total des intrants des contrats des interventions classifiées comme aide médicale dans le plan global.

découle ne sont pas du tout adaptés aux comportements des populations. Le risque de contamination de la nappe phréatique est pratiquement certain.

L'intervention de fumigation avec un insecticide rémanent mise en oeuvre par l'OMS est tout-à-fait pertinente, mais coûteuse. Il faut comparer cette approche avec celle des moustiquaires qui est également efficace mais moins coûteuse.

5.5. Conclusion

L'ensemble des interventions répond à des demandes prioritaires de la population. Toutes les actions mises en oeuvre sont donc pertinentes dans la mesure où les objectifs répondent à des problèmes prioritaires parmi les problèmes identifiés.

Les projets de sécurité alimentaire sont trop marginaux par rapport aux activités de distribution d'aide alimentaire gratuite.

Si dans son ensemble, le plan global concernant les services de santé est pertinent, il y a cependant un hiatus entre l'approche opérationnelle et l'approche structurelle. La première consiste en effet à assister l'ensemble du système en ne questionnant pas suffisamment ses différentes composantes à la lumière du district sanitaire, tandis que la seconde remet fondamentalement le système en question et se base essentiellement sur la mise en oeuvre de l'approche du district sanitaire. Il est dommage que les opérateurs dans la mise en oeuvre de leurs interventions n'aient pas assez anticipé les principales composantes de la réforme du système. Dans la mise en oeuvre des activités routinières, l'approche doit être de développement. Cependant, vu la précarité de la situation (politique et géographique : zone d'inondations, de tremblements de terre, etc.), les partenaires doivent absolument disposer d'une capacité de réaction immédiate. Ceci est d'autant plus impératif que l'autorité nationale n'est pas encore capable de mobiliser efficacement des ressources en urgence à tous les échelons. La présence d'ECHO au Tadjikistan se justifie donc pleinement, d'autant plus que peu de bailleurs de fonds montrent un intérêt pour le pays et plus particulièrement pour son système de santé.

5. Coordination et cohérence

Au cours des dix dernières années, la majeure partie de l'aide octroyée au Tadjikistan a été de l'aide humanitaire. L'UE et les USA en ont été les principaux bailleurs de fonds. Elle a été mise en oeuvre par des agences des Nations Unies (surtout WFP, UNOPS et WHO), des ONG financées par les USA (principalement CARE-US et MCI; chacun proposant des programmes alimentaires de monétisation, d'alimentation institutionnelle, des projets de génération de revenu, des interventions de santé, des travaux de réhabilitation), et des ONG financées par la CE.

5.1. Autorités nationales et locales

La coordination avec les autorités nationales et locales de santé dans l'organisation des activités a eu lieu, mais a été relativement difficile dans la mesure où celles-ci sont confrontées à une situation qui les oblige à changer rapidement leurs habitudes d'analyse et de fonctionnement. Ce processus de changement est aussi lié à un processus d'apprentissage auquel tout le monde n'adhère pas nécessairement. A cela, il faut ajouter qu'il y a régulièrement des conflits de pouvoir entre les autorités nationales et locales. Enfin, la menace de licenciement en cas de problèmes (vienne habitude du système soviétique) – qui pèse sur toutes les personnes qui ont des postes à responsabilité – ralentit le processus de changement. Cette attitude a eu pour effet que les partenaires ont été davantage enclins à suivre « passivement » la mise en oeuvre habituelle du système de santé et que certains qui, auraient pu anticiper la réforme du système de santé dans la mise en oeuvre de leurs activités, se sont abstenus de le faire.

5.2. Bailleurs de fonds

Au niveau des bailleurs de fonds, le souci de complémentarité et de cohérence est mineur car ces bailleurs sont peu présents dans le pays et les financements sont faibles, à l'exception toutefois de l'USAID¹² et de la Banque mondiale. Cette dernière a financé des activités de réhabilitation de structures de santé dans la vallée de Karategin. Dans les faits, il n'y a pas eu de duplication, mais il n'y a pas eu de coordination active dans la planification des activités entre ces trois principaux bailleurs. Cette absence de coordination n'a heureusement pas entraîné d'incohérence.

¹² L'ensemble des montants alloués par l'USAID est de même niveau que ceux d'ECHO, le programme de la Banque Mondiale s'élève à 160 MUSD.

Parmi les pays Membres de l'Union Européenne, seule, l'Allemagne a une ambassade dans le pays. L'ambassadeur considère que la situation actuelle n'est pas propice pour le moindre investissement.

Depuis les incidents de 1997, la CE a fermé ses bureaux et a suspendu la plupart de son aide bilatérale de développement au Tadjikistan. Néanmoins, la DG IA a financé des activités de réhabilitation mises en oeuvre par l'UNOPS dans la Région de Gharm, elle va continuer à s'impliquer à ce niveau avec le même partenaire dans la Région de Leninabad. Le montant total du budget que la DG IA a dédié au Tadjikistan pour les années 98 et 99 s'élève à 7,2 MEURO. Un montant de 1,5 MEURO est prévu pour l'année 2000. Les trois programmes de sécurité alimentaire financés par la DG VIII ont continué jusqu'à présent. Ils sont mis en oeuvre par des ONG dont certaines sont aussi des partenaires d'ECHO (4 MEURO en 98 et 3,5 MEURO en 99). Les contacts avec l'assistant technique de la DG VIII, responsable de la sécurité alimentaire en Asie Centrale, ont été peu fréquents et irréguliers. Il est basé au Kyrgystan.

6. Efficacité

6.1 aide alimentaire

Le programme de distribution de l'aide alimentaire gratuite a été efficace. Néanmoins, il faut se poser la question de savoir si le niveau de cette aide était approprié au niveau des besoins et si le programme a couvert les ménages les plus pauvres et le plus dans le besoin.

6.2. Services de santé

Médicaments

Tous les patients, qui ont consulté dans les services que les partenaires d'ECHO fournissent, ont eu accès à des médicaments gratuits de qualité. Dans ce sens, l'objectif principal du plan global a été atteint. Néanmoins, nous ne sommes pas en mesure de savoir si les moins favorisés ont pu réellement avoir accès aux services (barrière financière au niveau des structures et des transports, même si les médicaments prescrits sont gratuits).

Formation

En ce qui concerne les activités plus spécifiquement orientées vers la formation et la prise en charge des pathologies infectieuses telles que la fièvre typhoïde et la malaria, les résultats de l'intervention de Merlin sont très clairement positifs. Les résultats préliminaires du projet pilote de CAD sont bons. En effet, parmi les participants aux cours de formation, les résultats du post-test ont montré une amélioration appréciable comparativement au pré-test.

Réhabilitation

D'une manière générale, les réhabilitations réalisées par l'UNOPS sont de meilleure qualité que celles réalisées par Caritas. Néanmoins, les réalisations de l'UNOPS que nous avons visitées étaient en général plus récentes que celles de Caritas. Pour vraiment apprécier la qualité du travail fait et l'opérationalité des services d'entretien, il faudrait refaire un passage d'ici un an.

Appui à la réforme du système de santé

L'élaboration du plan de réforme de la santé a abouti à la production d'un document de synthèse qui en sera l'outil légal à partir du mois de mai 2000. Ce document constituera le cadre de la mise en oeuvre de cette réforme. Il est évident que c'est grâce à l'appui financier qu'ECHO a prodigué à l'OMS qu'un résultat aussi rapide a pu être obtenu.

6.3. Eau et assainissement du milieu

La combinaison des programmes de fumigation (qui ont la préférence du ministère de la santé) et ceux de moustiquaires imprégnées d'insecticide avec l'utilisation de poissons larvivores (qui ont la préférence de l'école de médecine tropicale de Londres) ont eu de bons résultats sur l'incidence de la malaria.

Malgré les remarques que nous avons faites plus haut sur la conception des pompes à main pour l'approvisionnement de l'eau et sur la qualité du chlore, nous reconnaissons que les contrôles réalisés jusqu'à présent n'ont pas décelé de signe de contamination. Malgré cela nous continuons de penser qu'il est préférable de changer de modèle de pompe.

7. Coût-efficacité

7.1. Aide alimentaire

Le niveau général de l'aide alimentaire financée par ECHO est assez élevé (20.000 MT par rapport aux 60.000 MT par an de l'ensemble de l'aide alimentaire gratuite). Si la situation humanitaire prévalant en 1998 justifiait un apport alimentaire élevé, le maintien d'un tel niveau en 1999 est questionnable. Quoiqu'il en soit l'aide alimentaire gratuite doit être plus limitée dans les années à venir, ce qui implique une réduction du nombre de bénéficiaires et un examen minutieux de la composition de la ration alimentaire.

Tant chez ECHO que chez les partenaires opérationnels, la conscience du niveau des coûts de l'aide alimentaire gratuite semble limitée. En effet, les coûts des rations par bénéficiaire et par an ne sont ni calculés systématiquement, ni analysés systématiquement. Les partenaires ne semblent pas trouver que les systèmes compliqués de distribution et de monitoring de l'aide alimentaire, entraînant des surcoûts importants, soient un problème. Il est toutefois possible — et il le faut — de réduire substantiellement le coût par bénéficiaire de l'aide alimentaire gratuite.

7.2. Services de santé

Médicaments

En ce qui concerne l'approvisionnement des médicaments, la présence d'un personnel expatrié trop nombreux chez PSF ne se justifie pas. On pourrait pour le même montant utiliser un personnel local plus expérimenté, mais aussi plus stable et plus adéquat. Il ne s'agit pas uniquement de gestion d'une officine, mais il s'agit surtout d'un problème de prescription qui ne peut être réalisé valablement que par des médecins. Par ailleurs, pour le même montant, la NRC n'emploie qu'un seul expatrié.

En effet, PSF consacre 19% de son budget au personnel expatrié, tandis que NRC y consacre 12%. MSF se situe au niveau de la moyenne avec 16%.

MSF se distingue de l'ensemble des partenaires en matière de coûts de transports pour lesquels il consacre 18% de son budget ; PSF Y consacre pour sa part 13% de son budget et NRC seulement 6%. Il est vrai que MSF est le seul à être actif de manière permanente dans les zones où l'insécurité est la plus grande, ce qui entraîne des déplacements, plus fréquents, plus longs et plus compliqués.

Réhabilitation

Indiscutablement, les réhabilitations mises en oeuvre par l'UNOPS ont un bon coût-efficacité par rapport aux réalisations des autres partenaires qui s'occupent également de réhabilitation. Néanmoins, il faut signaler qu'une bonne part des coûts administratifs et de personnel sont pris en charge par un autre budget.

En effet, UNOPS consacre seulement 7% de son budget au personnel expatrié et Caritas 10%.

Formation

Les programmes de formation ont une composante coût de personnel expatrié plus élevée que les autres activités. En effet, ce poste occupe 32% du budget de l'intervention de CAD, 28% chez Merlin et 25% chez AAH.

Les coûts de transports locaux sont importants dans ce cadre. CAD y consacre 12%, MERLIN 12% et AAH 10%.

7.2. Eau et assainissement du milieu

IFRC consacre 24% de son budget au personnel expatrié, tandis que ACTED y consacre 16%. Seul ACTED parmi tous les partenaires atteint un niveau de 9% pour les coûts administratifs (moyenne 5%).

Dans son intervention, l'OMS a consacré 77% de son budget au poste eau et assainissement du milieu, proportion qu'on peut comparer aux 44% d'ACTED et aux 36% de IFRC.

Pour l'UNOPS, les postes budgétaires « eau et assainissement du milieu » et « réhabilitation d'urgence » correspondent respectivement à 29% et 57% de l'ensemble du budget, soit 86% quand on les réunit.

8. Efficience

L'efficience des interventions est principalement liée aux ressources humaines. Même si ce n'est pas toujours le cas, le personnel expatrié reste trop peu de temps pour donner sa pleine mesure. De plus, il est souvent jeune et inexpérimenté. Nous ne voulons pas dire qu'il faut absolument n'avoir que du personnel âgé, expérimenté,

compétent et qui reste plusieurs années. Néanmoins, les chefs de mission devraient avoir ce type de profil. Un trop grand « turn-over » du personnel entraîne inévitablement des pertes d'information.

8.1. Aide alimentaire

Si certains partenaires sont moins organisés que d'autres, chaque organisation a néanmoins ses propres forces et faiblesses. Mais d'une manière générale, les activités sont menées en respectant les délais, les documents de travail sont en ordre, les personnes responsables du monitoring sont compétentes, les monitorages au moyen de visites à domicile des bénéficiaires ont lieu régulièrement avant et après la distribution, les entrepôts sont de bonne qualité, l'organisation des sites de distribution est bonne, les partenaires montrent de la créativité dans l'identification des projets de « travail contre nourriture », les contacts avec ECHO sont réguliers ainsi que l'envoi des rapports d'activités.

8.2. Services de santé

Approche intégrée

L'approche intégrée est dictée essentiellement par des critères d'efficience dans l'utilisation des ressources disponibles. Dans la région de Kathlon et plus particulièrement dans les districts où se développent les projets pilotes de CAD (accoucheuses) et de AAH (accoucheuses et suivi de la croissance des enfants), les différents aspects qui devraient être pris en charge au niveau des soins de santé - avec une égale importance et de manière intégrée - le sont de manière inégales et séparées. En effet, pourquoi finance-t-on un programme qui s'occupe uniquement de l'approvisionnement en médicaments, pourquoi finance-t-on un projet qui s'occupe uniquement des soins de santé maternelle ou encore des soins materno-infantile ? Pourquoi finance-t-on un programme centré sur certaines maladies ? Si la réponse peut être « par souci d'efficacité et de faisabilité », pourquoi les structures de santé sont-elles appuyées de manière aussi diverses, alors que leurs besoins sont globaux ?

Distribution de médicaments

La distribution des médicaments correspondant au plan global 1999 a pris beaucoup de retard du côté de la Croix-rouge hollandaise (trois mois). En effet, tous les SVA et FAB que nous avons visités ne disposaient plus de médicaments depuis près de 2 mois et, pour certains, cela remontait à 3 mois. PSF a aussi eu du retard, mais de moins grande ampleur. Les retards sont principalement causés par des facteurs externes. Il y a eu tout d'abord l'effet de détournement de la crise du Kosovo sur le marché international des médicaments destinés à l'urgence : à production et à distribution constante, les ressources disponibles ont été attribuées au Kosovo. Dès lors, il est important que l'approvisionnement du pays en médicaments se fasse au niveau local ou régional pour ne pas que celui-ci soit trop affecté par des crises soudaines telles que celle du Kosovo. Un autre facteur externe a influencé ce retard : les formalités légales d'enregistrement et d'importation des médicaments varient fréquemment et sont comprises différemment aussi bien par les différents partenaires que par les responsables à chaque niveau du système national. Même si ces deux facteurs expliquent en grande partie l'importance du retard, il est clair qu'il y a eu aussi des faiblesses de la part des deux partenaires dans la mise en oeuvre de l'approvisionnement. Les retards qui viennent d'être signalés en matière d'approvisionnement ont retardé la distribution des médicaments.

Quant on aborde la distribution à proprement parlé, on peut conclure qu'elle est bien menée par l'ensemble des partenaires. On regrettera cependant qu'elle soit trop dispersée dans la mesure où la fréquentation des services reste faible.

En ce qui concerne l'efficience de la distribution des médicaments et du monitoring, les planifications sont respectées. La qualité des médicaments, leur conformité, leur conditionnement et leur entreposage ne posent pas de problème particulier.

Il faut relever que Merlin est le seul partenaire qui s'approvisionne - partiellement du moins - sur le marché régional. Ceci pose quelques problèmes au niveau de l'efficience, mais par contre, cela permet de confronter les « circuits privés » d'approvisionnement aux exigences de qualité et de légalité de l'aide humanitaire. Par la même occasion, cela permet d'amorcer le contrôle des filières privées par l'Etat.

Formation

En ce qui concerne les programmes de formation, peu de problèmes sont à signaler au niveau de l'efficience. Ce qui a été planifié a été réalisé par l'ensemble des partenaires concernés.

Réhabilitation

Au niveau de la réhabilitation, l'UNOPS s'avère indiscutablement le plus efficace, que ce soit pour la mise en oeuvre, le respect des délais et la qualité du travail et cela parce qu'il a recours à la technique de la sous-traitance

par appel d'offres et qu'il a les compétences nécessaires pour choisir les meilleures propositions. L'UNOPS a pris systématiquement en compte la problématique de l'entretien des structures réhabilitées, en ayant recours à la participation de la communauté, des autorités locales, ce qui est une bonne chose. Dans leur stratégie, ils ont anticipé la réforme du système de santé dans le choix des structures à réhabiliter.

Les travaux de réhabilitation exécutés par Caritas sont de bonne qualité en ce qui concerne les toits, mais laisse à désirer en ce qui concerne le reste.

Merlin est une ONG médicale qui n'a guère d'expérience dans la réhabilitation de bâtiments et, surtout, au niveau des techniques de management de ces travaux, ce qui explique qu'ils ont pris un certain retard et que la qualité des travaux n'est pas toujours celle que l'on pourrait escompter.

Appui à la réforme du système de santé

L'élaboration du plan de réforme de la santé a abouti à la production d'un document de synthèse qui en sera l'outil légal à partir du mois de mai 2000. Ce document constituera le cadre de la mise en oeuvre de cette réforme. Cette intervention — relativement atypique pour ECHO — s'est déroulée rapidement. Maintenant, le plus dur reste à faire : la mise en oeuvre de la réforme.

8.2. Eau et assainissement du milieu

Les pompes à main utilisées pour l'approvisionnement en eau sont de conception simple, mais malheureusement, leur utilisation est dangereuse dans la mesure où elle peut favoriser la contamination de la pompe et, par conséquent, de la nappe phréatique. Pour cette raison, il est préférable d'arrêter la fabrication de ce type de pompe et de le remplacer par un système qui serait plus sûr, même s'il est plus coûteux.

L'approche d'UNOPS en matière d'approvisionnement en eau - qui se base sur la participation financière de la communauté à l'entretien des structures d'approvisionnement réhabilitées - est efficace.

8.3. Coordination

Coordination avec ECHO : elle consiste essentiellement en des réunions avec les partenaires d'ECHO et concernent les activités en cours et leur planification. L'équipe d'ECHO réalise aussi des visites de monitoring des activités sur le terrain.

La **coordination de l'aide alimentaire** est peu stratégique.

Depuis l'arrivée du nouveau chef de mission de l'OMS, la **coordination de l'aide médicale** s'est nettement améliorée entre les partenaires, mais surtout entre l'aide internationale et le ministère de la santé. La coordination stratégique est désormais possible. Pour donner un exemple des difficultés de coordination rencontrées avec le ministère de la santé, nous tenons à signaler que le ministre adjoint de la santé en charge de la coordination de l'aide humanitaire vient d'être muté, alors qu'après plus d'une année de fonctionnement, il commençait à bien maîtriser les tenants et les aboutissants de sa charge.

Au niveau des médicaments, trois guides thérapeutiques différents sont en circulation. Les différences sont mineures, il est vrai, mais cela n'empêche que la notion de standardisation des attitudes est prise en défaut et la crédibilité de la démarche est mise en péril. Signalons toutefois que les protocoles de prise en charge des patients atteints de malaria ou de fièvre typhoïde, rédigés par Merlin, ont été rédigés en étroite collaboration avec le ministère de la santé.

En ce qui concerne les activités concernant **l'eau et l'assainissement du milieu**, la coordination stratégique a démarré, mais de manière extrêmement laborieuse. Cette coordination entre les ONG et le ministère de la santé s'est nettement améliorée depuis l'arrivée du directeur actuel du bureau de l'OMS.

9. Impact

Après l'épidémie de 1997, l'incidence de la fièvre typhoïde et la mortalité qui en découle sont en baisse. Après l'épidémie de 1997, l'incidence de la malaria a diminué, selon les données du ministère de la santé.

L'impact de la mise en oeuvre du plan global par les partenaires opérationnels sur le fonctionnement des services de santé ne peut être mesurée avec précision, puisque nous ne disposons pas de l'évolution des indicateurs d'activités des services appuyés. Cependant, parmi les services que nous avons visités, il est clair que le taux de fréquentation reste faible. Ce qui confirme le peu d'efficacité du système.

S'il est incontestable que la qualité des médicaments distribués par l'aide humanitaire a un impact positif sur les patients, son volume ralentit (ne stimule pas) en fait, le processus de contrôle que le ministère de la santé doit

mettre en oeuvre en ce qui concerne l'importation légale de médicaments de qualité garantie dans le secteur privé. En étant systématiquement gratuit, il ralentit aussi le processus de rationalisation de la prescription.

D'une manière, les projets de « travail contre nourriture » non seulement bénéficient à l'ensemble de la communauté mais ont un impact positif à long terme.

10. Viabilité

La viabilité future des projets de baux de location de terrain est mise en péril par le risque de récupération de la terre pour la culture du coton.

Les activités de formation du diagnostic, de la prise en charge et du traitement du patient souffrant de fièvre typhoïde menées par Merlin, sont les plus susceptibles d'améliorer les capacités locales de manière prolongée.

Il est trop tôt pour juger des activités de formation menées par CAD et AAH dans le cadre des soins de santé maternelle et infantile. Les premiers résultats semblent plus prometteurs du côté de CAD.

La viabilité des interventions de réhabilitation est systématiquement prise en compte par l'UNOPS, les mécanismes de financement et de mise en oeuvre des entretiens font partie intégrante de la prise de décision d'une réhabilitation.

Toutes les interventions qui concernent l'approvisionnement en eau font appel à des comités de gestion des systèmes mis en place. Des systèmes de paiement de l'eau ont été mis en place.

11. Visibilité

La correspondante d'ECHO a mis en place une stratégie générale de visibilité. Celle-ci approche spécifiquement et de manière différente des publics différents : le grand public, les autorités nationales, les bénéficiaires (institutions, services de santé). Différentes techniques sont utilisées : reportages dans les media, montage vidéo, réunion avec les communautés. Et dans la mesure du possible, les partenaires y sont impliqués plus ou moins intensivement.

12. Questions transversales

12.1. Genre

La prise en compte de la perspective de genre dans les interventions aurait demandé que dès le départ, les partenaires aient estimé l'impact spécifique que celles-ci auraient eu sur les hommes et les femmes. Au cours de cette évaluation, nous n'avons constaté aucune discrimination particulière à l'égard des hommes ou des femmes.

12.2. LRRD

Tout le plan global s'intègre dans ce contexte.

12.3. Droits de l'homme

Les interventions menées dans les hôpitaux psychiatriques tentent par l'intermédiaire de l'aide humanitaire de proposer des conditions de vie qui respectent minimalement la dignité humaine et le respect de la personne.

12.4. Sécurité du personnel humanitaire

Actuellement, seule la vallée du Gharm présente encore un danger réel. Néanmoins, il est tout-à-fait possible d'y travailler de manière acceptable quand on s'en donne les moyens. Des capacités renforcées de déplacement sont nécessaires. D'ailleurs, MSF H, GAA et UNOPS y travaillent et, surtout, y ont travaillé quand la situation était bien plus dangereuse que maintenant.

13. Conclusion

13.1. Aide alimentaire

Une série d'enquêtes nutritionnelles ont démontré que les taux de malnutrition des enfants de moins de cinq ans se sont stabilisés à des niveaux relativement hauts. La malnutrition chronique (stunting) est un problème pour 30% à 50% des enfants âgés de moins de cinq ans. La malnutrition aiguë (wasting) est problème qui touche les enfants de moins de deux ans, plus particulièrement dans les régions reculées de RRS et de Khatlon. Le dernier type de malnutrition est causé par une alimentation inappropriée pour les enfants et de mauvaises conditions

d'hygiène. Cette situation nécessite des interventions en matière d'éducation à la santé et à la nutrition, et une amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement du milieu dans la région de Khatlon.

En ce qui concerne les ménages les plus pauvres, l'insécurité alimentaire est liée à leur difficulté d'accès à des intrants qui leur permettraient de produire leur propre nourriture, mais aussi à leur faible pouvoir d'achat qui les empêche d'acheter de la nourriture sur le marché. Ceci s'applique plus spécifiquement aux personnes âgées isolées qui doivent survivre avec des pensions très basses et aux familles "sans une personne qui amène un gagne-pain" et qui n'ont pas ou peu d'accès à des terres à cultiver.

La mission conclut qu'ECHO aurait dû démontrer plus de fermeté et de soutien afin d'aider les partenaires à avoir une démarche cohérente dans leurs efforts de retrait au niveau de l'aide humanitaire gratuite. Jusqu'en 2000, la proportion de programmes de sécurité alimentaire a été très faible en comparaison avec l'aide alimentaire gratuite.

Les partenaires d'ECHO ont peu d'expériences en matière d'activités qui peuvent générer des revenus en milieu urbain.

13.2. Aide médicale

Il s'agit d'un programme pertinent, composé d'un mélange relativement complexe d'approches différentes (approche Top down, Bottom-Up, Horizontal, Vertical). Dans ses composantes opérationnelles, il est trop dispersé par rapport aux ressources financières et humaines disponibles pour améliorer l'efficacité du système de santé dans son ensemble.

Si le programme mis en place facilite l'accès aux médicaments de qualité, il ne garantit pourtant pas cet accès aux personnes les plus démunies.

Si apparemment le programme couvre toutes les régions, tous les niveaux et pratiquement toutes les activités, en fait, seule la distribution des médicaments est nationale.

Dans la région de Khatlon où la plus grande partie des ressources est utilisée et plus particulièrement dans les zones de Moskovski et de Shartuz, où les projets de soins materno-infantiles sont développés, l'aide ne s'est pas déroulée de manière intégrée. Les ONG n'y ont pas développé d'approche globale (approche qui guide en fait la mise en oeuvre des structures du premier niveau). En fait, aucune ne semble capable d'offrir un support complet et intégré! Ce qui est compréhensible puisqu'il s'agit d'ONG plus spécialisées dans l'aide humanitaire que dans l'aide au développement. Ainsi, malgré l'intense présence des organisations internationales, aucune structure (en tout cas, en ce qui concerne les structures supportées par les financements d'ECHO) n'a reçu un appui global concernant la gestion intégrée de toutes les tâches qu'un service de soins de santé primaire doit pouvoir offrir (PMA ou Paquet Minimum d'Activités).

Il faut donc revoir le programme opérationnel, en limiter sa dispersion et l'adapter aux ressources disponibles en tenant compte de l'approche du district sanitaire.

De plus, ECHO ne peut plus assumer seul la présence de la CE au Tadjikistan, la plupart des besoins relèvent de l'aide au développement et à la démocratisation du pays. L'urgence, dans ce pays, c'est le développement bien que la présence d'ECHO se justifie encore pleinement.

14. Recommandations

ECHO est invité à encourager le cofinancement des interventions. Il serait utile de démarrer cette approche dès maintenant. En effet, nous pensons que lors de la discussion des contrats de cette année, ECHO ne devrait financer que 80% du montant des interventions, mais sans obligation contraignante. Par contre, lors de l'élaboration du plan global 2001, il faut qu'ECHO ne finance plus que 60% du montant réel des interventions et cela de manière contraignante. Il est clair que ces mesures concernent les activités routinières et ne concernent en aucun cas, les interventions qui seraient justifiées par un nouvel événement « catastrophique ».

14.1. Aide alimentaire

La malnutrition aiguë demande des interventions d'éducation à la santé et à la nutrition et une amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement du milieu dans la région de Khatlon.

Comme dans un futur proche, le gouvernement du Tadjikistan ne fournira aucun type d'allocation sociale, la fourniture d'une aide alimentaire gratuite aux ménages les plus pauvres et les plus démunis se justifie encore. De toute façon, il devra quand même y avoir une réduction substantielle de l'aide alimentaire gratuite. Au cours des deux prochaines années, les programmes de sécurité alimentaires, incluant "le travail contre de la nourriture",

devront être étendus rapidement afin de favoriser l'auto-suffisance de la plupart des ménages qui ont reçu jusqu'à présent une aide alimentaire gratuite.

14.1.1 Distribution d'une aide alimentaire gratuite

- Il est suggéré que WFP remplace ECHO graduellement quant à la prise en charge de la plupart des ménages les plus démunis.
- Au cours des prochaines années, il faut continuer d'adapter les programmes d'aide alimentaire en fonction des différentes régions.
- Il est nécessaire d'établir des critères plus restrictifs quant à la distribution d'une aide alimentaire gratuite. Il faudrait cibler davantage les retraités isolés, les familles vivant en zones urbaines et sans revenus (without breadwinners) et les familles sans revenus et sans accès à un potager (au moins 0.1 ha) dans les zones rurales. Il faut également prendre en considération les ménages dans le besoin, mais qui n'entrent pas dans ces catégories spécifiques.
- La sélection des bénéficiaires au niveau des "Kishlak" (village) ou des "makhala" (quartier) a plutôt bien fonctionné et pourrait aussi être adoptée par d'autres partenaires d'ECHO.
- Il est recommandé d'établir un système de monitoring de la l'état nutritionnel afin d'évaluer l'impact de la réduction de l'aide alimentaire.
- La ration alimentaire devrait être composée de 25 kg de farine de blé, 5 litres d'huile végétale and 1 kg de sel iodé. Afin de rendre le programme plus efficient, il devrait y avoir deux cycles de distribution par an. Ils devraient avoir lieu quand les denrées alimentaires dont dispose le ménage sont réduites, c'est-à-dire avant la moisson et au cours de l'hiver. Sur la base de deux distributions et de la ration alimentaire suggérée ci-dessus, 707 kCal et 15 g de protéines sont fournies par personne et par jour, au cours de toute l'année, pour un montant d'environ 25 à 30 EURO par personne et par an.
- Une ration devrait être fournie aux ménages unipersonnels et un maximum de deux (exceptionnellement trois) aux ménages plus étendus.
- On devrait tenté des expériences d'achats au niveau local ou régional (Kazakhstan).

14.1.2 Travail-contre-nourriture et programmes de sécurité alimentaire

- ECHO devrait s'orienter vers des programmes de sécurité alimentaire, par ex. à travers l'organisation d'une série d'ateliers stratégiques et techniques destinés aux partenaires du secteur alimentaire. Une autre suggestion serait qu'ECHO engage un consultant pour une période relativement courte afin qu'il puisse soutenir les partenaires et les agences impliquées au Tadjikistan, dans l'élaoration de leurs interventions en matière de sécurité alimentaire des ménages.
- EHO doit continuer de se cibler uniquement sur les programmes destinés aux zones rurales.
- Pour des raisons de planification, il est nécessaire qu'ECHO définisse le nombre de ménages qui participeront aux projets de sécurité alimentaire pour les ménages. ECHO doit aussi fournir un cadre général dans lequel ces projets viendront s'inscrire.
- Les différentes organisations doivent bénéficier d'autonomie dans la sélection des activités spécifiquement liées à la sécurité alimentaire.
- La mission considère que la coordination d'ECHO doit être plus ferme au niveau du secteur alimentaire.

14.2. Services de santé

La recherche d'un relais avec des financements garantis sur plusieurs années et des partenaires plus spécialisés dans la gestion du district sanitaire doit être impérativement entreprise afin de permettre un soutien plus efficace à la réforme du système de santé. L'intérêt des bailleurs de fonds pour un tel projet doit être suscité. Les partenaires actuels doivent impérativement chercher plusieurs bailleurs de fonds pour leurs projets au Tadjikistan. Nous pensons qu'il est pernicieux de dépendre exclusivement d'ECHO pour continuer les interventions au Tadjikistan.

14.2.1 Appui à la réforme du système de santé

- A ce stade, il serait regrettable d'interrompre brutalement la collaboration avec l'OMS. Dans ce cadre, il faudrait donc encore financer l'OMS pour une année, mais pas plus longtemps. Serait-il possible, qu'à l'avenir, la DG IA finance cette activité, au moins partiellement?

14.2.2 Réhabilitation

- Les activités de réhabilitation ne seront pas continuées puisque la DG IA finance des activités de ce type à partir de cette année.

14.2.3 District pilote

- L'aide doit cadrer avec la réforme du système de santé et donc avec la notion de district sanitaire. Aucune ONG sur le terrain n'est spécialisée dans la gestion du district sanitaire. Toutefois, l'expérience accumulée dans le pays par les ONG présentes pourrait compenser ce handicap, pour autant qu'elles joignent leurs compétences respectives dans les mêmes districts.
- En d'autres mots, pour commencer cette approche, il faut que les partenaires choisissent ensemble avec le ministère de la santé un premier district pilote et veiller à ce que l'amélioration de la qualité de chaque activité puisse se réaliser intégralement dans l'ensemble du district, avec le soutien de l'ensemble des partenaires. Ce district pilote doit se situer dans la région de Kathlon.
- Il faut entretenir des relations étroites avec les districts pilotes du programme Somoni qui entreprend la réforme du système afin de confronter les différentes expériences.
- C'est dans le district pilote qu'il faudra commencer à identifier les personnes les plus vulnérables. Pour ce faire, une collaboration étroite avec les partenaires de l'aide alimentaire serait très utile. On ne pourra songer à la couverture d'un autre district selon cette approche que si les activités routinières concernant le premier sont garanties. Cette stratégie pourra peut-être paraître minimaliste, mais c'est la seule réaliste dans l'état actuel des choses.
- Sans entrer dans une approche de recouvrement des coûts du système de santé, il est impératif d'amorcer des démarches en faveur de la transparence des coûts des soins.
- Une ONG doit pouvoir assurer un tel programme au niveau d'un district, mais pas plus. Les plus expérimentées et celles qui disposent de ressources humaines compétentes et disponibles en plus grand nombre, peuvent envisager de couvrir deux ou trois districts mais pas plus.

14.2.4 En dehors du district pilote

Médicaments

- La distribution de médicaments en dehors du district pilote doit aider à la réforme du système de santé en respectant ses principes. Au niveau des services hospitaliers, seuls les hôpitaux de districts seront approvisionnés et la présence permanente d'un médecin local, qui se chargera de convaincre de l'utilité et de stimuler au quotidien le respect des protocoles thérapeutiques, sera encouragée. En ce qui concerne les services de soins de santé primaires, les SVA seront systématiquement prioritaires, le choix des FAB qui seront approvisionnés devra être justifié et bien documenté. Les hôpitaux "SUB" ne seront plus approvisionnés et seuls ceux qui seront transformés en SVA pourront être approvisionnés.¹³

Proposition de budget

Calcul du budget 2000 :

En 1999, 1.743.602 EURO ont été consacrés à l'achat de médicaments pour les hôpitaux. 290 hôpitaux ont été approvisionnés. EN 2000 seuls 61 hôpitaux de districts seront approvisionnés dans tout le pays. Si nous décidons de tripler l'approvisionnement de ces 61 hôpitaux afin d'assurer leur augmentation d'activité, le budget de 2000 correspond à $61/290 \times 3 \times 100 = 62\%$ du budget 1999, soit 1.082.236 EURO. Le montant alloué aux services de soins de santé primaire en 1999 est reconduit intégralement pour 2000 et correspond à 480.985 EURO. Donc le montant du budget 2000 qui sera dédié aux médicaments s'élève à **1.563.221 EURO** soit à **70% du budget de 1999**.

Calcul du budget 2001 :

40 hôpitaux de districts (Kathlon, RRS, Dushanbe) donc une diminution de 33% par rapport à l'année 2000, soit 709.663 EURO. Le budget de 480.985 EURO consacré aux services de soins de santé primaire est conservé. Donc le budget consacré à l'achat de médicaments en 2001 sera de **1.190.648 EURO** soit **76% du budget de 2000**.

Nous encourageons la concentration des activités dans la région de Kathlon, parce qu'il s'agit de la région la moins favorisée du pays et, surtout, parce que c'est dans cette région que l'expérience des partenaires d'ECHO est la plus grande.

Les activités dans la région de Gharm doivent être continuées dans la mesure où c'est là que la situation est la plus proche du mandat d'ECHO, ce qui ne justifie pas que l'approche du district sanitaire n'y soit pas encouragée. Il n'y a pas de raison d'introduire de nouveaux partenaires dans cette zone. Idéalement MSF devrait se charger de l'approvisionnement en médicaments dans les hôpitaux de districts en complément de ses activités dans les services de soins de santé primaire.

Les activités dans les régions de Léninabad et de GBAO doivent se limiter au strict minimum (uniquement la distribution de médicaments dans les hôpitaux de district) et un retrait complet d'ici un an peut être considéré comme réaliste. En effet, la région de Leninabad est relativement riche et des systèmes d'approvisionnement autonome sont déjà en place dans beaucoup de ses structures de santé. La région de GBAO reçoit traditionnellement plus de ressources par habitant que les autres régions.

Dans la région de Dushanbe, seuls les hôpitaux de districts seront approvisionnés. Il est un peu prématuré pour décider d'un arrêt définitif.

Le recentrage des activités de distribution des médicaments suppose une diminution du nombre de partenaires impliqués dans cette tâche. En tout cas, il n'y a pas de place pour deux organisations exclusivement dédiées à cette tâche. Organiser une centrale d'achat qui s'approvisionnerait au niveau régional serait très utile.

Il est clair que les activités de MERLIN dans les " SUB " ne peuvent être interrompues brutalement. Toute la difficulté pour cette ONG sera de stimuler l'organisation du transfert progressif des compétences qu'ils ont transmises dans les " SUB " vers les SVA ou vers les hôpitaux de district.

- Les partenaires doivent encourager et accélérer la réalisation du guide thérapeutique national.
- L'amélioration de la production de soluté doit être encouragée. ECHO pourrait financer partiellement de l'équipement à la condition que l'entreprise finance le solde, soit qu'elle contracte un prêt, soit qu'elle autofinance.

Formation

- Les nouvelles activités de formation doivent se concentrer au niveau du district pilote (santé materno-infantile, vaccination, diagnostic). Néanmoins, il faut assurer les activités de suivi des formations déjà entreprises ailleurs.

14.3. Eau et assainissement du milieu

- Dans le contexte actuel, les interventions concernant l'approvisionnement en eau menées par l'UNOPS sont les plus rentables tant pour la population bénéficiaire que pour ECHO. S'il ne fallait conserver qu'un type d'intervention (par exemple, dans le cas d'une stratégie de retrait brutal, mais pas total), notre choix se porterait sans hésiter sur ce type d'intervention.
- L'installation des modèles de pompes à main utilisées actuellement doit être arrêtée et celles-ci doivent être remplacées par un système qui évite la contamination de l'eau.
- Le programme de fumigation d'insecticide peut être continué cette année, mais pas plus. Si le ministère de la santé choisit cette option dans la lutte contre la malaria, il doit en assurer le coût à l'avenir et ECHO doit signifier clairement qu'il ne renouvellera pas le financement d'une telle opération en 2001. De plus, nous conseillons de comparer le coût-efficacité des différents insecticides disponibles sur le marché avant la signature du contrat.

15. Leçons à tirer

- Les programmes d'aide alimentaire gratuite sont coûteux mais appropriés quand il s'agit de soulager la souffrance des ménages les plus démunis et sans perspective d'accès à une alimentation de base en suffisance.
- Au Tadjikistan, le ciblage basé sur les communautés fonctionnent plutôt bien, mais uniquement quand cela est pratiqué au niveau le plus bas (village ou quartier).

- Bien qu'au bout du compte, la définition du cadre général d'un projet dépend du mandat d'ECHO, les organisations partenaires doivent être libres, dans une certaine limite, de redessiner leurs interventions en fonction de leurs propres compétences et perceptions.
- Le concept du district sanitaire est un outil aussi utile dans les programmes d'aide humanitaire que dans les programmes de développement. En utilisant le même instrument, le passage d'une aide à l'autre est plus aisé.
- Il faut se faire une raison, il est impossible de répondre adéquatement à l'ensemble des besoins. Choisir ses priorités est douloureux mais nécessaire. Dans le cadre de l'aide médicale, le concept du district sanitaire facilite beaucoup cette prise de décision. Il est particulièrement utile dans les situations d'urgence où, dès les premiers instants, il apparaît clairement que l'aide humanitaire va devoir durer plusieurs années.
- Quand l'aide humanitaire fournit une part importante des médicaments utilisés dans le pays (ici 30%) et la totalité des médicaments dont la qualité est garantie, il n'est pas acceptable que l'aide humanitaire entretienne ces différences par des circuits complètement séparés.
- En ce qui concerne l'achat de médicaments, il faut pouvoir disposer d'un nombre suffisant de fournisseurs pour garder une marge d'autonomie et de manoeuvre.
- Quand on importe des technologies, aussi simples soient-elles, il faut tenir compte du comportement des utilisateurs avant de les implanter.
- Quand des problèmes de sécurité se posent, avant d'agir, il faut analyser la possibilité d'intervenir en évitant tout risque inutile. Si cela est possible, il faut impérativement se donner tous les moyens et la capacité nécessaire pour intervenir afin de respecter les mesures de sécurité. Dans le cas contraire, soit les interventions se font en prenant des risques inutiles, soit elles ne se font pas, mais dans les deux cas cela est inacceptable.

ANNEXE 1 : CALENDRIER DES REUNIONS ET DES VISITES

- 20 et 21 janvier ⇒ Briefing et préparation de la mission au siège d'ECHO à Bruxelles.
- Madame J. Coëffard, Chef d'Unité ECHO5 (Unité évaluation).
 - Monsieur E. Diaz Marquina, ECHO5
 - Madame Claudine Van Remoortele, ECHO5
 - Monsieur E. Kentrschynskyj, chef d'Unité ECHO2 (Unité opérationnelle Europe Centrale et Europe de l'Est)
 - Monsieur D. Merckx, Responsable Tadjikistan à ECHO2.
- 22 janvier ⇒ Voyage en avion de Bruxelles à Alma Ata.
- 23 janvier ⇒ Réunion informelle avec la Délégation de la Commission Européenne à Alma Ata - Kazakhstan
- Madame B. de Toledo, Responsable de la section d'assistance technique.
- ⇒ Voyage en avion Alma Ata - Dushanbe.
- 24 janvier ⇒ Réunion de briefing avec les partenaires d'ECHO au Tadjikistan, dans les bureaux d'ECHO à Dushanbe
- ACTED, CAD, CARE, Caritas-CH, IFRC, MCI, Merlin, Mission East, MSF-H, PAM, UNOPS, OMS, AAH.
- ⇒ Réunion avec l'équipe d'ECHO dans les bureaux d'ECHO à Dushanbe.
- ⇒ Réunion dans les bureaux du PAM à Dushanbe avec
- Mr Bouchan Hadj-Chikh, Représentant et directeur du bureau du PAM au Tadjikistan
 - Mme Jolanda Hogenkamp, WFP Reporting Officer,
- ⇒ Participation à la réunion de coordination de l'aide humanitaire du secteur santé, dans les bureaux de l'OMS.
- ⇒ Réunion avec le chef du bureau de l'OMS à Dushanbe, Dr L. Ivanov et Dr N. Artykova coordinatrice pour l'OMS du programme de lutte contre la malaria.
- 25 janvier ⇒ Voyage par la route de Dushanbe à Kurgan Tuibe.
- ⇒ Visit to WFP Sub-Office Khatlon Oblast in Kurgan-Tube, site visits to the food distribution in Kumsangir and a Land Lease project in Bokhta Ms. Laila Ahadi, Head of Sub-Office Khatlon
- ⇒ Réunion avec l'équipe de MERLIN à Kurgan Tuibe et visite du service des maladies infectieuses de l'Hôpital central et visite des services réhabilités à Vose.
- ⇒ Voyage par la route vers Kulyab.
- 26 janvier ⇒ Visit to Mission East field office in Kulyab, home visits to beneficiaries of the free food distribution in Khovaling raion (rural and urban), and to one beneficiary of the food security project (chicken) close to Kulyab and meeting with Mr. Barry Armstrong, Country Director Tajikistan and Mr. Graeme Glover, Project Coordinator Food Assistance Kulyab
- ⇒ Visite du cours de formation aux médecins chefs de service des maladies infectieuses à Kulyab, dans le cadre des activités mises en oeuvre par MERLIN.
- ⇒ Visite en commun UNOPS et NRC de FAB, SVA, SUB et d'un hôpital de district dans le cadre des activités de réhabilitation menées par UNOPS et de distribution de médicaments par NRC, dans les zones de Khovaling.
- ⇒ Visite de la station d'épuration des eaux usées de la ville de Kulyab, dans le cadre des activités de réhabilitation menées par UNOPS.

- 27 janvier ⇒ Visites de SVA dans le cadre des activités de réhabilitation menées par UNOPS dans les zones de Muninabad.
⇒ Réunion avec l'équipe de CAD à Kulyab.
⇒ Retour à Dushanbe par la route.
⇒ Meeting with Mr. Peter Downs, USAID Country Development Officer
- 28 janvier ⇒ Visit to IFRC/RCST country office and Dushanbe city office RCST, site visit to an RCST soup kitchen and home visits to free food distribution beneficiaries in Dushanbe city
⇒ Meeting with Mr. Eric Michel-Sellier, IFRC Head of Delegation Tajikistan, Mr. Dawot Mohammad, IFRC Relief Administrator, Mr. Jalol Sharipov, Coordinator Food Programme RCST, 4 RCST volunteers attached to the Dushanbe city office
⇒ Réunion dans les bureaux de l'OMS avec l'ensemble de l'équipe de travail sur la réforme nationale de la politique des médicaments et avec le chef du bureau de l'OMS au Tadjikistan.
⇒ Réunion avec l'équipe du groupe (Somoni) de recherche sur la réforme du système de santé et avec le chef du bureau de l'OMS au Tadjikistan, dans les bureaux du groupe Somoni.
- 29 janvier ⇒ ECHO Evaluation Mission Food Workshop with 9 NGO's and WFP
⇒ Voyage par la route Dushanbe - Kurgan Tuibe.
⇒ Réunion dans le bureau de ACTED avec l'équipe d'ACTED et le responsable pour les activités d'eau et d'assainissement du milieu de IFRC.
⇒ Visite de 3 villages où des pompes à main sont installées par ACTED et IFRC.
⇒ Réunion avec Mr A. Akhmedov, ministre de la santé.
- 31 janvier ⇒ Home visits to IFRC/RCST free food distribution and food security (wheat seeds) beneficiaries in Leninsky raion in the RRS Oblast.
⇒ Discussion at the IFRC office in Dushanbe on costs and effects of the food programme
Mr. Harm Westra, IFRC Relief Coordinator
Mr. Dawot Mohammad, IFRC Relief Administrator
Mr. Jalol Sharipov, Coordinator Food Programme RCST
⇒ Meeting with German Agro Action in Dushanbe
Ms. Beate Schoreit, Programme Coordinator Tajikistan
Ms. Halka Otto, Food Programme Manager
Mr. Volker Huefing, Seed Programme Manager
⇒ Réunion avec l'équipe de PSF.
⇒ Visite du service des maladies infectieuses de l'hôpital de district de Leninsky et de l'hôpital cardiologique.
⇒ Visite du laboratoire de production de soluté.
- 1^{er} février ⇒ Visit IFRC/RCST food distribution Railway Station Raion, Dushanbe
⇒ Voyage par la route Dushanbe - Shartuz avec le chef du bureau de l'OMS.
⇒ WFP visit to food-for-work and land-lease activities for returnees in Rudahi jamoat, Shartuz Oblast
⇒ Réunion dans les bureaux de l'UNOPS à Shartuz avec le responsable de l'UNOPS, les responsables Caritas et le chef du bureau de l'OMS.

- ⇒ Visite de 3 SVA, de 3 FAB dans la zone de Shartuz et de l'hôpital de district de Kabodion et de 2 systèmes d'approvisionnement en eau avec UNOPS et Caritas.
- 2 février ⇒ Réunion avec NRC, AAH, Caritas, OMS.
- ⇒ Visite du programme d'alimentation supplémentaire et du cours de formation pour les accoucheuses dans le cadre des actions menées par AAH.
- ⇒ Visite de 3 SVA réhabilités par Caritas.
- 3 février ⇒ Réunion avec Mr A. Haq Amiri, Coordinateur de UNOCHA à Dushanbe.
- ⇒ Collecte de données démographiques auprès de Mme Z Ahmedova responsable du programme national du FNUAP à Dushanbe.
- ⇒ Réunion avec Mr P. Cernohorsky, coordinateur de la FAO à Dushanbe.
- ⇒ Réunion avec Mr J. Harfst, gestionnaire adjoint du programme de l'UNOPS, et les coordinatrices pour la santé des programmes de l'UNOPS, à Dushanbe.
- ⇒ Réunion avec Mr B. Jekic, représentant de l'UNICEF.
- ⇒ Réunion avec Mr M. Mayer, ambassadeur d'Allemagne.
- ⇒ Réunion avec Mr M. Ronis, représentant de la Banque Mondiale.
- 4 février ⇒ Participation à la réunion de coordination du PAM concernant les critères de vulnérabilité en vue du ciblage des bénéficiaires.
- ⇒ Participation à la réunion des Nations Unies avec les bailleurs de fonds concernant l'appel 2000.
- ⇒ Réunion avec Mr G. Labor et Mr T. Rahman, UNHCR.
- ⇒ Réunion avec Mr I. Petrov, représentant spécial du secrétaire général des Nations Unies.
- ⇒ Réunion avec Mr Latipov, Ministre de la santé adjoint.
- ⇒ Réunion avec Mr A. Usmani, représentant faisant fonction du PNUD et Mme P. Hussaini, Chef de programme du PNUD.
- 6 février ⇒ Voyage en avion Dushanbe - Khojent
- 7 février ⇒ German Agro Action: general discussion on project outlines, and visit to Kansai food-for-work project (water supply for irrigation) in Karakkum District
Mr. Roman Kostitsyne, Project Coordinator Khojent
Ms. Beate Schoreit, Programme Coordinator Tajikistan
- ⇒ Visite du laboratoire de production de solutés appuyé par PSF.
- ⇒ Visite d'un hôpital de district et d'un SUB avec PSF.
- 8 février ⇒ Visit to Gafurov psychiatric hospital in Khojent supported with food by IFRC
- ⇒ German Agro Action: visit to Karamazar food-for-work project (bridge construction) and grazing land development in Asht District
- ⇒ Visite de l'hôpital psychiatrique avec l'équipe de MSF-H.
- ⇒ Visite de l'hôpital de district de avec l'équipe de PSF.
- 9 février Voyage en avion de Khojent à Dushanbe.
- Participation à l'atelier intitulé « Aide humanitaire / médicaments dans la république du Tadjikistan » (passé, présent, futur) organisé par le ministère de la Santé du Tadjikistan, l'OMS et le groupe de travail sur la réforme de la politique des médicaments.
- 10 février ⇒ Visit to Aga Khan Foundation country office in Dushanbe

- Animation d'un atelier participatif avec la présence des ministres de la santé adjoints et des membres de ACTED, CAD, UNOPS, NRC, PSF, MSF-H, Merlin, AAH, ECHO, OMS.
- 11 février Présentation des résultats préliminaires de l'évaluation à tous les partenaires PAM, GAA, Mission East, Aga Khan Foundation, MSF-H, PSF, ACTED, CAD, NRC, IFRC, Merlin, OMS.
- 13 février Voyage en avion Dushanbe - Alma Ata.
- 14 février Réunion à la Délégation de la CE à Alma Ata.
- 15 février Voyage en avion Alma Ata - Bruxelles.

ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

A Bruxelles :

Madame J. Coëffard, Chef d'Unité ECHO 5 (Unité évaluation)

Monsieur E. Diaz Marquina, ECHO 5

Madame Claudine Van Remoortele, ECHO 5

Monsieur E. Kentschynskyj, chef d'Unité ECHO 2 (Unité opérationnelle Europe Centrale et Europe de l'Est)

Monsieur D. Merckx, Responsable Tadjikistan à ECHO 2

Au Tadjikistan :

Mme L. Ahadi, Head of Sub-Office Khatlon

Mme Z. Ahmedova, responsable du programme national du FNUAP à Dushanbe.

Mr. A. Akhmedov, ministre de la santé du Tadjikistan

Mr. B. Armstrong, Country Director Tajikistan

Dr. N. Artykova, coordinatrice pour l'OMS du programme de lutte contre la malaria

Mr. J. Bhuiyan, Mercy Corps Int. on food monetization

Mr. P. Cernohorsky, coordinateur de la FAO à Dushanbe

Mr. D. Mohammad, IFRC Relief Administrator

Mme B. de Toledo, Programme Officer Technical Assistance Section

Mme F. Derlin, Nurse, Action against Hunger

Mr. P. Downs, USAID Country Development Officer

Mr. G. Glover, Project Coordinator Food Assistance Kulyab, Mission Ost

Mr. J.-M Grand, Project Coordinator, Action against Hunger

Mr. B. Hadj-Chikh, WFP Representative and Country Director

Mr. A. Haq Amiri, Coordinateur de UNOCHA à Dushanbe

Mr. J. Harfst, gestionnaire adjoint du programme de l'UNOPS

Mme J. Hogenkamp, WFP Reporting Officer

Mr. V. Huefing, Seed Programme Manager

Mme P. Hussaini, Chef de programme du PNUD

Dr. L. Ivanov, chef du bureau de l'OMS à Dushanbe

Mr. B. Jekic, représentant de l'UNICEF

Mr. R. Kostitsyne, Project Coordinator Khojent, German Agro Action

Mr. G. Labor, UNHCR

Mr. Latipov, Ministre de la santé adjoint

Mr. M. Mayer, ambassadeur d'Allemagne

Mme H. Otto, Food Programme Manager

Mr. I. Petrov, représentant spécial du secrétaire général des Nations Unies

Mr T. Rahman, UNHCR

Mr. M. Ronis, représentant de la Banque Mondiale

Mme B. Schoreit, Programme Coordinator Tajikistan, German Agro Action

Mr. E.-M. Sellier, IFRC Head of Delegation Tajikistan

Mr. J. Sharipov, Coordinator Food Programme RCST

Mr. A. Usmani, représentant faisant fonction du PNUD

Mr. H. Westra, IFRC Relief Coordinator

Mme C. Wilkinson, Nutritionist Action against Hunger

ANNEXE 3 - Distribution des montants (tableaux 1 à 3)

**Tableau 1 : Plan Global d'ECHO pour le Tadjikistan en 1998,
Distribution des montants en milliers d'EURO par partenaire et par type de secteur d'aide**

Partenaires	Aide alimentaire	Aide médicale	Réhabilitation	Eau et assainissement du milieu	Préparation aux désastres	Energie	Premiers secours	Total	%
AAH								0	0%
Acted		155				200		355	2%
AKF	500							500	3%
CAD								0	0%
Caritas			800					800	5%
GAA	3000							3000	18%
IFRC-CH	3000			200	300		200	3700	22%
IFRC-FinRC	200							200	1%
IFRC-NRC		1600						1600	10%
IFRC	3200	1600	0	200	300	0	200	5500	33%
Mercy Corps					200			200	1%
Merlin		750						750	5%
Mission Ost	700							700	4%
MSF-F		185						185	1%
MSH-H		315						315	2%
MSF	0	500	0	0	0	0	0	500	3%
PSF		1650						1650	10%
UNOPS			465	300				765	5%
WFP-PAM	1250							1250	8%
WHO		650						650	4%
UN	1250	650	465	300	0	0	0	2665	16%
Total	8650	5305	1265	500	500	200	200	16620	100%
	52%	32%	8%	3%	3%	1%	1%	100%	

Sources : contrats ECHO2

**Tableau 2 : Plan Global d'ECHO pour le Tadjikistan en 1999,
Distribution des montants en milliers d'EURO par partenaire et par type de secteur d'aide**

Partenaires	Aide alimentaire	Aide médicale	Réhabilitation	Eau et assainissement du milieu	Préparation aux désastres	Energie	Premiers secours	Total	%
AAH		150						150	1%
Acted		300		150		100		550	3%
AKF	500				100	150		750	4%
CAD		240						240	1%
Caritas			600					600	3%
GAA	3000					180	350	3530	20%
IFRC-CH	3100			150	300			3550	20%
IFRC-FinRC								0	0%
IFRC-NRC		1600						1600	9%
IFRC	3100	1600	0	150	300	0	0	5150	29%
Mercy Corps								0	0%
Merlin		750						750	4%
Mission Ost	700							700	4%
MSF-F								0	0%
MSH-H		400						400	2%
MSF	0	400	0	0	0	0	0	400	2%
PSF		1600						1600	9%
UNOPS			900	450				1350	8%
WFP-PAM	1500							1500	9%
WHO		350						350	2%
UN	1500	350	900	450	0	0	0	3200	18%
Total	8800	5390	1500	750	400	430	350	17620	100%
	50%	31%	9%	4%	2%	2%	2%	100%	

Sources : contrats ECHO2

Tableau 3 : Plan Globaux d'ECHO pour le Tadjikistan pour les années 1998 et 1999 ensemble, Distribution des montants en milliers d'EURO par partenaire et par type de secteur d'aide

Partenaires	Aide alimentaire	Aide médicale	Réhabilitation	Eau et assainissement du milieu	Préparation aux désastres	Energie	Premiers secours	Total	%
AAH	0	150	0	0	0	0	0	150	0%
Acted	0	455	0	150	0	300	0	905	3%
AKF	1000	0	0	0	100	150	0	1250	4%
CAD	0	240	0	0	0	0	0	240	1%
Caritas	0	0	1400	0	0	0	0	1400	4%
GAA	6000	0	0	0	0	180	350	6530	19%
IFRC-CH	6100	0	0	350	600	0	200	7250	21%
IFRC-FinRC	200	0	0	0	0	0	0	200	1%
IFRC-NRC	0	3200	0	0	0	0	0	3200	9%
IFRC	6300	3200	0	350	600	0	200	10650	31%
Mercy Corps	0	0	0	0	200	0	0	200	1%
Merlin	0	1500	0	0	0	0	0	1500	4%
Mission Ost	1400	0	0	0	0	0	0	1400	4%
MSF-F	0	185	0	0	0	0	0	185	1%
MSH-H	0	715	0	0	0	0	0	715	2%
MSF	0	900	0	0	0	0	0	900	3%
PSF	0	3250	0	0	0	0	0	3250	9%
UNOPS	0	0	1365	750	0	0	0	2115	6%
WFP-PAM	2750	0	0	0	0	0	0	2750	8%
WHO	0	1000	0	0	0	0	0	1000	3%
UN	2750	1000	1365	750	0	0	0	5865	17%
Total	17450	10695	2765	1250	900	630	550	34240	100%
	51%	31%	8%	4%	3%	2%	2%	100%	

Sources : contrats ECHO2

ANNEXE 5 - TERMES DE REFERENCE



COMMISSION EUROPÉENNE
OFFICE D'AIDE HUMANITAIRE (ECHO)

Evaluation (ECHO 5)

TERMES DE REFERENCE

**POUR L'ÉVALUATION DES PLANS GLOBAUX DE L'AIDE HUMANITAIRE FINANCEE PAR
ECHO AU TADJIKISTAN**

ECHO/TJK/215/1999/01027B

Nom de la société : NM Consultants

Nom du consultant : Pierre-Yves LAMBERT

Plans Globaux à évaluer

- Pays : TADJIKISTAN
- Période couverte : mi-1998 à début 2000
- Secteurs à évaluer : alimentaire et médical
- Décision(s) :
 - ECHO/TJK/215/1998/03000 : 16.420.000 ECU
 - ECHO/TPS/215/1999/02000 : 20.000.000.€ en faveur des Nouveaux Etats Indépendants (NEI) dont 2.830.000 € pour le Tadjikistan
 - ECHO/TJK/215/1999/01000 : 16.000.000 €.

Introduction

ECHO est présent au Tadjikistan depuis 1993 et le budget alloué à ce pays n'a pas cessé d'augmenter.

En raison de l'importance de ce budget et en vue de l'élaboration de son plan global 2000 qui définira la stratégie future à adopter, ECHO a décidé d'effectuer une évaluation des actions financées par les plans globaux 1998-1999.

Cette évaluation portera plus particulièrement sur les domaines de l'aide alimentaire et médicale (y compris réhabilitation et approvisionnement en eau en rapport avec la santé publique).

Les principaux partenaires de ECHO au Tadjikistan pour la mise en œuvre des opérations sont German Agro Action, le FICR et le PAM pour le secteur alimentaire ; la Netherlands Red Cross, Pharmaciens Sans Frontières, Merlin, l'OMS et MSF

Netherlands pour le secteur médical ; UNDP/UNOPS et Caritas CH pour la réhabilitation ; UNDP/UNOPS pour l'eau.

Le contexte dans lequel se déploie cette assistance est particulièrement critique. Depuis son indépendance en 1991, le Tadjikistan connaît une crise économique grave, amplifiée par une guerre civile de 1992 à 1997, interrompue par un accord de paix qui reste chancelant. De plus, le pays est affecté par une chute générale des prix mondiaux des deux principaux produits d'exportation, le coton et l'aluminium, et par la crise économique en Russie. Le Tadjikistan a rejoint le groupe des pays les plus pauvres du monde, avec 85% de la population vivant sous le seuil de pauvreté. Dans de telles circonstances, le gouvernement actuellement en place dispose de très peu de ressources pour mettre en œuvre son plan de développement économique. La situation en termes d'amélioration des conditions de vie et de fourniture des services de base à la population évolue donc très peu.

Rôle du consultant

L'évaluation de l'aide humanitaire constitue une tâche très importante pour la Commission européenne non seulement en raison des sommes considérables consacrées à cette activité, mais également en raison du souci constant d'améliorer le travail humanitaire et d'utiliser au mieux les crédits qui lui sont consacrés.

Pendant le déroulement de la mission, tant sur le terrain que lors de la rédaction du rapport, le consultant devra faire preuve de bon sens et d'indépendance de jugement. Il fournira des réponses précises et directes à tous les points des termes de référence en évitant d'utiliser un langage théorique et académique.

Buts de l'évaluation

Les buts poursuivis par la présente évaluation sont les suivants :

Analyse de l'opportunité et du degré de réalisation des plans globaux humanitaires en faveur du Tadjikistan, dans les secteurs mentionnés au point 1. ;

Analyse du degré d'accomplissement des objectifs poursuivis dans les différents secteurs d'activité et de l'efficacité des moyens mis en œuvre ;

Analyse et quantification de l'impact des plans globaux au Tadjikistan ;

Analyse du rôle joué par ECHO dans le processus décisionnel ainsi que des autres activités dont les services de la Commission sont responsables ;

Vérification de la visibilité de ECHO tant dans les régions bénéficiaires de l'aide que parmi les autorités et partenaires locaux ;

Examen du lien entre urgence-réhabilitation-développement, dans une optique éventuelle de « phasing out » progressif de ECHO;

Etablissement de recommandations précises et concrètes sur le futur des financements de ECHO et relatives à l'efficacité des interventions. Ces recommandations, dûment justifiées, devront être établies par secteur d'aide identifié.

Objectifs spécifiques de l'évaluation

Les objectifs spécifiques suivants s'appliquent à tous les secteurs évalués ainsi qu'au rapport de synthèse.

Les consultants développeront les points suivants pour le secteur qui leur est attribué au point 8 ci-dessous. Ils indiqueront uniquement les éléments nouveaux apparus depuis la mise en place du dernier plan global.

Brève description des plans globaux et analyse de leur contexte : la situation socio-économique, les besoins humanitaires et les capacités locales pour y répondre.

L'analyse de la situation actuelle du pays, en termes socio-économiques, devra inclure une vue d'ensemble permettant d'y situer le plan global financé par ECHO. Cette analyse devra être tant quantitative que qualitative et contenir des informations sur différents secteurs de l'économie telles les politiques sociales et économiques en vigueur, les niveaux de revenus et leur répartition au sein de la population, politiques sanitaire et médicale, l'accès à la nourriture, etc.

La deuxième partie de l'analyse du contexte devra être consacrée à l'identification des groupes vulnérables et leur répartition dans le pays ainsi qu'à l'estimation des besoins par catégorie.

L'analyse devra aussi permettre d'apprécier la capacité des pouvoirs publics et de la population à faire face aux problèmes mis en évidence.

Analyse de la pertinence des objectifs des plans globaux, du choix des bénéficiaires et de la stratégie utilisée par rapport aux besoins identifiés.

Examen de la coordination et de la cohérence pour chacun des secteurs considérés avec :

- les autres donateurs, les opérateurs sur le terrain ainsi que les autorités locales ;
- les interventions éventuelles d'autres services de la Commission dans la zone avec des projets similaires ou en relation avec les plans globaux évalués. Les projets identifiés seront décrits avec leur montant et les éléments de l'aide ;

Analyse de l'efficacité en termes quantitatifs et qualitatifs pour chacun des secteurs.

Le rapport coût-efficacité doit être mis en évidence sur base, notamment, des éléments quantitatifs tels que définis au point 5.4.

Analyse de l'efficacité de la mise en œuvre des plans globaux portant sur :

- la planification et la mobilisation de l'aide ;
- la capacité opérationnelle des partenaires ;
- la stratégie déployée ;

- les éléments principaux de la mise en œuvre des plans globaux tels que : personnel, logistique, administration, respect des habitudes locales, choix des bénéficiaires, etc. ;
- la gestion de l'entreposage des marchandises et des installations ;
- la qualité et les quantités de marchandises et de services mis en œuvre et leur correspondance avec les spécifications contractuelles (y compris les conditions d'emballage, l'origine des marchandises et le prix) ;
- les systèmes de contrôle et d'auto-évaluation mis en place par les partenaires.

Analyse de l'impact des plans globaux. Cette analyse devrait inclure, notamment, les éléments suivants :

- contribution à la réduction des souffrances humaines ;
- création de dépendance vis-à-vis de l'aide humanitaire ;
- effets de l'aide humanitaire sur l'économie locale ;
- effets sur les revenus de la population locale ;
- effets sur la santé et les habitudes nutritionnelles ;
- effets sur l'environnement ;
- conséquences des programmes humanitaires sur les « capacity-building » locales.

Une attention particulière sera portée à l'impact dans les domaines de **l'alimentaire et de la santé**, ainsi que les effets éventuels sur **le processus de paix**.

Analyse de la visibilité de ECHO.

Analyse de l'intégration des questions de « genre » (analyse sociale, économique et culturelle de la situation des femmes et des hommes) dans l'intervention.

Analyse des mesures prises pour assurer la sécurité du personnel humanitaire tant expatrié que local : moyens de communication mis à leur disposition, mesures de protection spécifique, plan d'évacuation d'urgence.

Examen des éléments de viabilité des plans globaux et notamment de l'opportunité de mettre en place des politiques de développement et/ou de coopération pouvant se substituer à l'aide humanitaire.

Sur base des résultats obtenus lors de la réalisation de la présente évaluation, le consultant formulera des recommandations opérationnelles sur les besoins de type humanitaire qui pourraient faire l'objet d'un financement communautaire. Ces recommandations peuvent couvrir, si nécessaire, des domaines autres que celui de l'humanitaire, tels le développement ou la coopération.

Ces recommandations seront formulées par rapport à une stratégie éventuelle de « phasing out » progressif et, le cas échéant, aux actions prioritaires à maintenir pendant la phase de transition et aux processus de retrait adéquats.

Analyse de la méthode de programmation utilisée par ECHO dans l'élaboration des plans globaux 1998 et 1999 pour le Tadjikistan à faire figurer dans le rapport de synthèse.

Formulation des « leçons apprises » dans le cadre de cette évaluation. Les "leçons apprises" devront également porter sur le rôle joué par ECHO et les autres services de la Commission dans le processus décisionnel et de mise en œuvre des plans globaux.

Méthode de travail

Pour l'accomplissement de sa tâche, le consultant utilisera l'information disponible à ECHO, auprès de son correspondant sur le terrain, dans les autres services de la Commission, auprès de la Délégation de la Commission sur place, auprès des partenaires de ECHO au siège et sur le terrain, auprès des bénéficiaires de l'aide ainsi qu'auprès des autorités locales, des organisations internationales et d'autres donateurs.

Le consultant analysera l'information en profondeur et la synthétisera dans un rapport cohérent répondant aux objectifs de l'évaluation.

Il fournira des informations concrètes et opérationnelles. Dans ce but, il utilisera entre autres les apports méthodologiques de l'approche du cadre logique, y compris les indicateurs.

Etapas de la mise en oeuvre

Briefing à ECHO avec le personnel concerné pendant 3 (trois) jours maximum et mise à disposition de l'ensemble des documents nécessaires à l'évaluation ;

Mission sur place : 25 (vingt-cinq) jours ; le consultant travaillera en étroite collaboration avec la Délégation de la Commission à Almati, le correspondant de ECHO, avec les partenaires de ECHO, les autorités locales, les organisations internationales et d'autres donateurs ;

Le consultant consacra le premier jour de sa mission sur place à des discussions préliminaires et préparatoires avec le correspondant de ECHO et les partenaires de ECHO sur place;

Le dernier jour de la mission sera consacré à une discussion avec le correspondant et les partenaires de ECHO sur les observations découlant de l'évaluation;

Les projets de rapport (en 10 exemplaires) sera envoyé à l'unité « Evaluation » de ECHO à Bruxelles au moins une semaine avant sa présentation et sa discussion lors du debriefing ;

Débriefing de 1(un) jours à ECHO ;

Remise des rapports finaux qui prendront en compte les remarques éventuelles soulevées lors du debriefing.

Une **visite au siège des partenaires** sera effectuée selon les besoins avant ou après la mission sur le terrain.

Consultants

La présente évaluation sera réalisée par deux experts possédant une bonne expérience dans le domaine humanitaire et de son évaluation, et acceptant de travailler dans des zones à risques. Une solide expérience dans les domaines spécifiques de l'évaluation qui

leur ont été confiés et une bonne connaissance de la zone géographique où elle se déroule est également requise.

Les membres de cette équipe d'experts sont responsables des secteurs indiqués ci-après :

Mr. LAMBERT Pierre-Yves, chef d'équipe :

- Secteur médical

Mlle HOOGENDOORN Annemarie :

- Secteur alimentaire

Calendrier

L'évaluation aura une durée de 43 (quarante trois) jours, répartis entre la date de signature du contrat et le 31 mars 2000.

Rapport

L'évaluation donnera lieu à l'établissement de 3 (trois) rapports (1 par secteur et 1 rapport de synthèse), rédigé en français ou en anglais, d'une longueur maximum de 15 pages y compris le résumé de l'évaluation qui devra figurer en tête du rapport.

Le rapport d'évaluation est un outil de travail extrêmement important pour ECHO. Le format de rapport, mentionné ci-dessous, sera donc strictement respecté.

Page de couverture

- titre du rapport de l'évaluation
- période de l'évaluation ;
- noms des évaluateurs ;
- mention indiquant que le rapport a été établi à la demande de la Commission européenne, financé par celle-ci et que les commentaires s'y trouvant reflètent uniquement l'avis des consultants.

Table des matières

Résumé (**voir formulaire en annexe**).

plan global évalué (5 LIGNES MAX.)

dates de l'évaluation:

RAPPORT N°:

Noms des consultants:

BUT ET METHODOLOGIE DE L'EVALUATION (5 lignes max.) :

PRINCIPALES CONCLUSIONS (+/- 25 lignes)

- *Pertinence*
- *Efficacité*
- *Efficiences*
- *Coordination, cohérence et complémentarité*
- *Impact & implications stratégiques*
- *Visibilité*

- *Questions transversales*

RECOMMANDATIONS (+/- 20 lignes)

LEÇONS APPRISSES (+/- 10 lignes)

Le corps principal du rapport débutera par un point relatif à la méthodologie utilisée et sera structuré conformément aux objectifs spécifiques formulés au point 5 ci-dessus (maximum de 10 pages).

Annexes

- liste des personnes interviewées et des sites visités ;
- termes de référence ;
- abréviations ;
- carte géographique des lieux des opérations.

Si le rapport contient des informations confidentielles émanant de parties autres que les services de la Commission, celles-ci figureront dans une annexe séparée.

Le rapport doit être écrit dans un langage non-académique et direct.

Chaque rapport sera établi en 20 (vingt) exemplaires et remis à ECHO.

Le rapport devra être accompagné de son support informatique (sur disquette) sous le format Word 6.0 ou d'une version plus récente.